

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

364

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

ESSAD (NÉCHAT)

Né à Constantinople (Turquie), le 25 Avril 1864.

ESSAI

SUR LA

SÉMÉIOLOGIE DE L'EXOPHTHALMIE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
BRUN et DEJERINE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

ESSAD (NÉCHAT)

Né à Constantinople (Turquie), le 25 Avril 1864.

ESSAI

SUR LA

SÉMÉIOLOGIE DE L'EXOPHTHALMIE

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
BRUN et DEJERINE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ N....
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	N....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ TILLAUX.
	{ LE FORT
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.

ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLOT.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux ana-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	tomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERER.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE AUGUSTE SOUVERAIN

SULTAN ABDUL-HAMID II

A MA FAMILLE

A MON ONCLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR NIMIER

A M. LE DOCTEUR DESPAGNET

AVANT-PROPOS

Au début de cette étude nous tenons à remercier nos maîtres et nos amis du concours qu'ils nous ont prêté.

A MM. les docteurs Nimier, Despagnet, Terson, Schneider, Mathieu, Sauvinau, Pignol, s'adressent particulièrement nos souvenirs reconnaissants. Nous prions M. le professeur Panas, en qui nous avons toujours trouvé un maître éclairé et bienveillant, d'agréer nos remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554035_0052

INTRODUCTION

L'étude de l'exophthalmie n'est pas une question neuve. De plus, à notre époque, les recherches de laboratoire prennent le pas sur les études de clinique pure: consacrer à celle-ci une monographie peut passer, dans certains esprits, pour une manifestation réactionnaire. Mais nous croyons cependant que si la clinique et le laboratoire doivent mutuellement s'entr'aider, si c'est à leur action combinée que sont dues toutes les découvertes récentes, la première ne doit cependant pas abdiquer.

De plus, et c'est ce qui nous a encouragé à prendre cette question pour sujet de notre thèse inaugurale, il n'existe pas de travail où elle soit traitée au point de vue vraiment pratique et clinique. Etudier un phénomène pathologique au point de vue doctrinal, ou l'exposer au point de vue pratique, sont deux choses fort distinctes.

Que fait-on, en effet, en présence d'un malade? On ne saurait, comme dans une description didactique, partir du diagnostic

pour exposer le symptôme, puisque ce diagnostic est à faire ; on constate un symptôme, on tient compte des circonstances secondaires, des conditions dans lesquelles il se présente, et de ce symptôme on conclut à une lésion. A notre avis, c'est toujours ainsi que devraient être traitées les questions de sémiologie.

Les articles des Dictionnaires, la thèse de Bouyer, travaux excellents d'ailleurs au point de vue étiologique, sont précisément conçus dans un esprit plus théorique que pratique. Ainsi la thèse de Bnuyer, qui représente à peu près le seul travail français sur l'exophtalmie, repose sur une division des exophtalmies en chirurgicales et médicales, division artificielle s'il en fut, puisqu'elle suppose le point de départ de l'exophtalmie déterminé.

Nous nous efforcerons de nous maintenir sur le terrain véritablement clinique, et le problème doit, nous semble-t-il, être posé de la façon suivante: étant donné un malade affecté d'exophtalmie, chercher dans les caractères de cette exophtalmie le moyen de découvrir sa cause. Recherche parfois malaisée, qui nous exposera plus d'une fois à laisser des lacunes dans notre exposé.

Nous examinerons d'abord l'historique de la question, puis nous étudierons les ca-

ractères généraux et le diagnostic différentiel de l'exophthalmie, et enfin nous consacrerons au diagnostic étiologique la dernière partie de notre travail.

Mais il ne faut pas s'attendre à trouver dans cette étude, sous prétexte d'exposé séméiologique, une description approfondie des tumeurs de l'orbite, de la maladie de Basedow, etc. Notre seule intention est d'indiquer la marche à suivre pour l'examen d'un malade; les traités généraux, les monographies spéciales fourniront les détails purement descriptifs dans lesquels nous ne voulons ni ne pouvons entrer.

HISTORIQUE

On trouve dans la thèse de Bouyer un historique très complet, d'où il appert qu'Actius, Paul d'Egine, et plus près de nous Fabrice de Hilden connaissaient l'exophthalmie, mais seulement l'exophthalmie des efforts, et particulièrement des efforts de l'accouchement; mais l'exophthalmie vraie, celle qui résulte d'une tumeur intraorbitaire, paraît avoir été méconnue par tous. De même, toujours d'après le même auteur, Flajani et Testa, et avant eux Saint-Yves (1722), avaient signalé les cas d'exophthalmie coexistant avec des désordres cardiaques. Toujours est-il qu'il faut arriver aux travaux de Demarquay, de Graves, de Basedow, de Charcot, pour voir l'exophthalmie bien étudiée et bien décrite. Et ce n'est pas un médiocre sujet de surprise que de voir une affection, à la fois si commune et si facile à observer, méconnue par la plupart, mal décrite par tous, alors que des symptômes de moindre importance étaient soigneusement analysés, alors surtout que la pathologie oculaire commençait à être connue et qu'une foule de médecins et de chirurgiens s'occupaient de la thérapeutique de l'organe de la vision.

Presque tous les travaux contemporains, publiés sur l'exophtalmie, ont eu pour objet le goître exophtalmique. Les recherches pathogéniques ont porté, non pas sur les symptômes de l'exophtalmie en particulier, mais sur l'ensemble des désordres qui constituent la maladie de Basedow. Sauf de Grœfe, qui a enrichi la symptomatologie d'un signe extrêmement précieux, on peut dire que les ophthalmologistes, après avoir vu les premiers la maladie, ont, à de très rares exceptions près, négligé l'étude des lésions oculaires. En 1885, un élève de l'Ecole de Nantes, le Dr Pedrono, consacra à l'étude de ces lésions et des troubles qu'elles entraînent, une bonne étude qui est, croyons-nous, la première monographie écrite sur ce sujet.

Tous les détails relatifs à la pathogénie, aux conséquences de l'exophtalmie, à sa valeur séméiologique sont épars dans les divers traités; encore les ouvrages de pathologie générale et de séméiotique sont-ils à peu près muets sur tous ces points. Pour n'en citer que deux exemples, il est deux ouvrages justement appréciés dans la table desquels on chercherait vainement le mot, « exophtalmie » : le Traité de Diagnostic d'Eichhorst, la Pathologie générale de Hallopeau.

DESCRIPTION DU SYMPTÔME

Et d'abord, qu'est-ce que l'exophthalmie? on l'a définie « une saillie de l'œil empêchant l'occlusion des paupières ». Cette définition, fort mauvaise, tendrait à faire rentrer dans l'exophthalmie des lésions du globe oculaire amenant l'augmentation de son volume, lésions qu'il importe au contraire de ne pas confondre avec l'exorbitisme. Le mieux est de la définir simplement la propulsion de l'œil hors de l'orbite. Il ne peut être question d'introduire dans cette définition la notion du temps, certaines exophthalmies bien évidentes pouvant disparaître et reparaitre à intervalles variables, parfois au gré du malade.

On conçoit que selon la cause qui la détermine, l'exophthalmie apparaisse plus ou moins brusquement. Un traumatisme violent peut luxer l'œil : c'est le type brusque. Mais le plus souvent la cause qui chasse l'œil hors de sa place agit lentement ; c'est une tumeur née dans l'orbite ou en dehors de lui, et y pénétrant secondairement ; c'est un phlegmon retro-oculaire. Dans ce cas

la propulsion de l'œil s'effectue progressivement, en quelques jours, en quelques mois.

En général, les causes chirurgicales (traumatisme, tumeurs,) n'agissent que sur un des yeux : l'exophthalmie est donc en partie unilatérale. Mais il serait erroné de baser sur ce fait une division des exophthalmies ; si, en général, les causes médicales agissent sur les deux yeux, il n'en est pas toujours ainsi. Il y a des exophthalmies chirurgicales doubles, par exemple dans les polypes naso-pharyngiens, et des exophthalmies médicales simples : celles qui résultent des paralysies oculaires.

L'œil propulsé écarte plus ou moins les paupières, et tous les degrés de béance peuvent se rencontrer, depuis l'écartement léger appréciable seulement pendant le sommeil, jusqu'à l'inocclusion complète, laissant l'œil en dehors des voiles palpétraux à l'état permanent. Parfois cet œil est plus brillant qu'à l'état normal. Parfois au contraire il est injecté ; le clignement ne s'effectuant plus, les larmes ne sont pas étalées à la surface ; de là l'épiphora, la xérophthalmie, les ulcérations cornéennes, les troubles de la vue liés à l'altération des milieux transparents, etc.

L'état de la pupille est également très va-

riable, depuis le myosis des laticiques jusqu'à la mydriase des paralysies de l'oculo-moteur.

Il en est de même de la mobilité du globe, puisque d'abord certains exorbitismes tiennent à la paralysie des muscles, et que dans d'autres, le fonctionnement de ces muscles est mécaniquement entravé par la présence d'une masse qui remplit plus ou moins complètement la cavité orbitaire.

Quant aux troubles de la vue, ils méritent une mention à part, mais leur étude sera mieux placée à propos des conséquences de l'exophtalmie, puisque beaucoup de ces troubles semblent dus à l'exorbitisme lui-même. C'est un point sur lequel nous aurons à revenir.

Les symptômes concomitants n'ont pas moins d'importance que l'exophtalmie elle-même, puisque souvent ce sont eux qui permettent de la rapporter à sa cause. Les uns sont fournis par l'appareil oculaire lui-même : ce sont les signes ophtalmoscopiques et le fameux signe de de Graefe. Mentionnons-les en passant, nous y reviendrons plus tard.

Les autres sont des douleurs, des phénomènes divers de compression, ou encore des phénomènes d'ordre nerveux : tremblement, désordres cardiaques, vaso-moteurs;

ou enfin le gonflement de corps thyroïde.

On voit que l'exophthalmie se présente avec des caractères bien variables; or, c'est l'étude de ces caractères qui permet seule de déterminer l'origine et le pronostic de l'exophthalmie, d'établir sa séméiologie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Des lésions de l'œil lui-même ou des paupières peuvent donner l'illusion d'une exophthalmie.

La paralysie de l'orbiculaire palpébral, épisode de la paralysie faciale, donne lieu à une béance des paupières qui fait paraître l'œil plus saillant ; c'est la lagophthalmie. Il suffira d'examiner avec soin son malade pour éviter l'erreur.

Pour l'œil lui-même, l'hydropthalmie et les staphylômes peuvent faire hésiter ; les caractères fournis par l'examen direct des globes oculaires permet d'éviter l'erreur. Il en sera de même du phlegmon de l'œil, du cancer de l'œil, etc., où un examen un peu attentif permettra d'éviter la méprise.

Il en sera le même, à plus forte raison, de l'exophthalmie naturelle et de la fausse saillie des yeux chez des sujets très amaigris. Si nous en croyons nos souvenirs personnels, il nous paraît cependant plus aisé, dans ce dernier cas, de méconnaître une exophthalmie réelle, mais peu marquée, que d'en admettre l'existence quand elle fait défaut.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

CONSÉQUENCES

L'œil peut être chassé de sa place dans l'orbite par plusieurs causes.

D'abord, il peut paraître chassé sans l'être en réalité, uniquement parce que ses moyens de fixité ont fléchi.

Bouyer cite, sans rapporter l'observation, un cas observé à la clinique de M. le Professeur Panas ; il s'agissait d'une syphilitique chez laquelle une tumeur comprimant les nerfs de l'orbite à leur entrée dans la cavité ; l'anesthésie de la branche de Willis permit de préciser le siège chez cette malade, la paralysie du moteur oculaire commun était complète ; mais comme en même temps la tumeur comprimait la veine ophthalmique, on peut se demander si la gêne de la circulation en retour ne contribuait pas à l'exophthalmie autant que la paralysie musculaire.

Cependant, expérimentalement (Voisin et Liouville), il est possible de provoquer chez les animaux un exophthalmie purement musculaire ; il suffit pour cela de les curariser, mais alors il n'y a pas seulement paralysie de la troisième paire ; tous les muscles sont atteints au même degré.

Des lésions de nature diverse atteignant, soit les parois soit le contenu de la cavité, peuvent chasser au vrai sens du mot l'œil de l'orbite; ainsi les tumeurs, solides ou liquides, les abcès, les kystes parasitaires, etc., cela va de soi, et il n'est pas besoin de recourir à l'expérimentation pour l'expliquer.

Mais il n'en est plus de même quand il s'agit des dilatations vasculaires. La question n'est pas, en effet, de savoir si des vaisseaux dilatés peuvent repousser l'œil, cela est évident; mais de déterminer les conditions pathogéniques de ces dilatations.

Pour beaucoup on peut invoquer le traumatisme; pour d'autres c'est l'artério-sclérose, ce résumé, des infections et des intoxications diverses du système artériel; pour une troisième variété, c'est la compression qui intervient, gênant le retour du sang veineux. Mais il existe tout un groupe, appartenant à la maladie de Basedow, dans lequel une influence nerveuse semble agir à la fois sur la circulation générale et sur la circulation de l'orbite en particulier.

Une première catégorie de faits doit être mise à part. Nous voulons parler de ces cas de maladie, ou plutôt du syndrome de Basedow, dans lesquels un corps thyroïde volumineux gênant la circulation en retour et

comprimant les troncs nerveux du cou amène l'exophthalmie. Le rôle du corps thyroïde dans la régularisation de la circulation céphalique n'est plus à démontrer aujourd'hui. Il y a longtemps que les recherches du P. Guyon, pour ne citer que celles-là, l'ont mis en lumière. D'ailleurs, le résultat de l'intervention chirurgicale, dans les cas que nous signalons, en donne une démonstration parfaite.

Mais il reste des faits que nous ne pouvons qu'effleurer, car leur étude n'intéresse pas seulement la question de l'exophthalmie ; il s'agit en somme de la pathogénie de la maladie de Basedow tout entière. Rappelons seulement les expériences de Filehne, de Boddaert, les sections du sympathique, des corps restiformes, etc., et signalons enfin une opinion, d'ailleurs appuyée sur des faits, d'après laquelle l'exophthalmie dans beaucoup de cas résulterait soit de l'œdème rétro-oculaire, soit d'une accumulation des tissus graisseux dans le fond de l'orbite, cette dernière cause étant beaucoup plus fréquemment observée que la première.

Nous devons nous demander maintenant quels troubles peut entraîner l'exophthalmie dans la fonction visuelle. M. Panas estime que ces troubles sont rares dans le

goître exophthalmique : mais il ne les nie pas ; et en effet il semble bien que les troubles sont plus fréquents qu'on ne le supposait.

Pedrono, dans une étude à laquelle nous avons déjà fait allusion, signale des troubles de l'accommodation, des anomalies de la réfraction, des parésis et des paralysies oculaires ayant la diplopie pour conséquence, des troubles trophiques, etc. Il est certain que parmi ces accidents, quelques-uns doivent être attribués à l'exophtalmie elle-même (1) ; mais nous pensons que beaucoup d'autres *accompagnent* simplement l'exophtalmie et sont la conséquence non de l'exorbitisme lui-même, mais de la cause qui l'a produit. Il est en effet très difficile de faire la part exacte de ce qui revient à l'inocclusion pure et simple des paupières, et de ce qui dépend des compressions veineuses, artérielles, nerveuses, des altérations encore inconnues dans leur essence dont le système nerveux peut être le siège. Nous croyons qu'on ne peut pas raisonnablement attribuer à l'exophtalmie, consi-

(1) Il nous a semblé, mais nous ne pouvons généraliser notre affirmation, que les tumeurs en rapport avec le pôle postérieur amènent de la myopie (par raccourcissement de l'œil) tandis que les tumeurs en rapport avec ses parties latérales déterminent de l'astigmatisme.

dérée en elle-même, les anomalies circulatoires, motrices, sensibles, sécrétoires, visuelles dont un œil en exorbitisme peut être le siège.

II^e PARTIE.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.

Arrivé à ce point de notre étude, nous devons tout d'abord nous demander sur quel critérium doit se baser l'étude sémiologique de l'exophtalmie.

Nous nous sommes déjà expliqué sur la valeur de la distinction en exophtalmie chirurgicale et exophtalmie médicale. Elle suppose le départ fait entre les cas. C'est une classification tout au plus acceptable à l'hôpital, où une première sélection répartit des malades dans les salles, de telle sorte que la présence du sujet dans un service déterminé fournit déjà une presque certitude sur les affinités de sa maladie. Encore n'est-ce qu'une presque certitude, puisque d'après les recherches de M. Tillaux et de son élève Bénard, bien des cas de goître exophtalmique, c'est-à-dire d'exophtalmie médicale, sont justiciables des chirurgiens.

C'est surtout au sens de l'exophtalmie, directe ou oblique, à son siège uni ou bila-

téral, à sa réductibilité que l'on est tenté de demander les éléments d'une classification clinique. Voyons ce que ces éléments symptomatiques peuvent donner.

1° *Valeur séméiologique du sens de l'exophthalmie.* — L'exophthalmie est dite directe quand la propulsion a lieu selon l'axe de l'orbite, indirecte ou oblique, quand l'œil est dévié dans une direction quelconque. Il semble au premier abord que ce soit là un excellent moyen de diagnostiquer le siège, et même dans une certaine mesure, la nature de la lésion qui provoque l'exorbitisme. On conçoit, en effet, que toute lésion qui se développe sur l'axe de l'orbite tend à chasser l'œil suivant cet axe; qu'au contraire, toute lésion siégeant sur une des parois de l'orbite tendra à rejeter l'œil du côté opposé. Ainsi les tumeurs de la glande lacrymale rejettent l'œil en dedans et en bas : la périostite orbitaire localisée, vers le côté opposé au siège des douleurs; le prolongement orbitaire des polypes naso-pharyngiens, vers la partie externe de la face, mais là s'arrêtent les déductions permises. La périostite orbitaire, pour ne citer qu'un exemple, peut fort bien être généralisée, mais prédominer dans un point et chasser le globe oculaire dans une direction opposée.

2° *Valeur séméiologique du siège de l'exophthalmie.* — L'exorbitisme est tantôt limité à un œil, et tantôt les deux globes oculaires font saillie; parfois même la saillie est inégale. Y a-t-il là un caractère sur lequel on puisse s'appuyer? Nous ne le pensons pas, bien que sa valeur nous paraisse supérieure à celle du précédent.

D'une façon générale, les tumeurs et les traumatismes de l'orbite n'atteignent qu'une des cavités orbitaires; le goître exophthalmique compte au contraire l'exophthalmie double parmi ses symptômes principaux. Mais d'abord il peut y avoir exceptionnellement des exophthalmies doubles dues à des tumeurs, et ensuite on peut voir, sinon des exophthalmies simples, au moins des exophthalmies inégales dans la maladie de Basedow. Il est même certain pour nous que le plus souvent l'exophthalmie de la maladie en question est d'abord unilatérale, et que dans certain cas elle reste telle. Il est facile de trouver des observations qui viennent à l'appui de ce que nous avançons.

3° *Valeur séméiologique de la réductibilité.* — Caractère au premier abord très important, la possibilité ou l'impossibilité de faire rentrer l'œil dans l'orbite par une pression ne peut servir de base solide à une

distinction clinique. Il y a des tumeurs orbitaires qui s'affaissent par la compression, des dilatations vasculaires qui résistent. La réductibilité intermittente, ou pour mieux dire les alternatives de saillie et de refoulement du globe oculaire, a une valeur bien plus grande. C'est qu'en effet cette forme représente un mode particulier d'évolution de l'exophtalmie.

4° *Valeur séméiologique des phénomènes concomitants.* — Ces phénomènes ont une valeur très inégale. En effet, les uns, tels que la douleur, les troubles sécrétoires, etc., relèvent uniquement du siège de la lésion causale et non de sa nature. Les autres, troubles de la vue, ulcérations cancéreuses, sont le plus souvent des résultats de l'exophtalmie.

Toutefois, il est parmi ces signes accessoires, un phénomène des plus importants; nous voulons parler du signe de de Graëfe. On sait en quoi il consiste; c'est la dissociation entre les mouvements du globe de l'œil et ceux de la paupière supérieure. Ce défaut de *consensus* ne se rencontre dans aucune autre affection, que le goître exophtalmique : c'est du moins l'opinion de la majorité des auteurs. M. Jaccoud, M. Grasset, lui attribuent une importance considérable. Seul, Eulenburg conteste la

valeur du signe : pour lui, il peut manquer dans la maladie de Basedow. Il est vrai que son argumentation ne s'appuie que sur un cas. Avec la presque unanimité de ceux qui se sont occupés de la question, nous admettons que le signe de de Graëfe a une importance considérable, presque pathognomonique. Nous n'hésiterions pas à affirmer l'existence du goître exophthalmique chez un malade qui le présenterait, mais nous croyons juste d'ajouter que son absence ne nous paraîtrait pas une raison suffisante pour rejeter le diagnostic de maladie de Basedow, si les autres signes de l'affection et surtout le tremblement si bien décrit par M. Marie se rencontraient chez le malade.

Un autre signe accessoire mérite de nous arrêter. Nous voulons parler des déviations paralytiques de l'œil. Dans la thèse que nous avons déjà citée, le Dr Bouyer donne comme caractère constant de l'exophthalmie de Basedow l'absence de strabisme. Or, pour ne citer qu'un fait, un des malades de Trousseau était strabique. M. Panas a cité des faits analogues. M. Rendu, M. Daubresse en ont signalé, et il existe à l'heure actuelle assez d'observations pour qu'on puisse dire que les paralysies oculaires sont loin d'être rares dans le goître exophthalmique. On voit que l'absence ou la présence

du strabisme ne saurait constituer un critérium.

Valeur séméiologique de l'évolution de l'exophthalmie. — Envisagée au point de vue de son évolution et des conditions dans lesquelles elle se produit, l'exophthalmie offre deux types cliniques bien distincts. Elle est brusque ou progressive : c'est là, selon nous, le caractère le plus important. Jamais, en effet, une tumeur ne chasse brusquement l'œil hors de l'orbite ; un traumatisme, un violent ébranlement du système nerveux peuvent le faire. Dans tous les cas de goître exophthalmique, l'exorbitisme s'établit avec une certaine lenteur. D'autre part la durée de cet exorbitisme fournit une donnée très importante. Il est, en effet, des exophthalmies qui à partir, de leur apparition, restent stationnaires ; d'autres qui, apparues brusquement, disparaissent de même. Or, chacune de ces variétés nous paraît correspondre à un type distinct. C'est donc à l'évolution et à la durée du symptôme exophthalmique que nous emprunterons les éléments de notre classification clinique.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille négliger les autres phénomènes, direction, réductibilité, strabisme, troubles divers ? Nous sommes loin de le penser, mais il nous sem-

ble rationnel de les reléguer au rang des symptômes secondaires.

Voici du reste les grandes lignes de la classification que nous proposons.

Marche à suivre pour l'examen d'un cas d'exophtalmie.

Exophtalmie brusque :

a Passagère.	Traumatique.	Simple.
		Double.
	Non traumatique.	Tumeur variqueuse. Pas de tumeur. Epanchement gazeux
b Permanente.	Traumatique.	Réductible. Irréductible.
	Non traumatique.	Réductible. Irréductible.

Exophtalmie progressive : a F. Oscillante.

b F. Constante.	Fébrile.	
	Fébrile d'abord, puis apyrétique.	
	Apyrétique:	Réductible : 1° chez un cachectique ; 2° avec accidents nerveux ; 3° avec une paralysie simple.
		Irréductible.
		Par lésion de voisinage.
		Par lésion de l'orbite.
		Collect. liquide.
		Tumeur molle.
		Tumeur dure.

I. EXOPHTHALMIE BRUSQUE

I. *Exophthalmie brusque, passagère.*

Deux cas peuvent se présenter. Le malade a subi un traumatisme ou n'en a pas subi.

Dans le premier cas l'exophthalmie est simple ou double.

A. *Exophthalmie traumatique simple.*

Si elle est passagère, l'œil chassé de l'orbite reprend peu à peu sa position dans la cavité. Citons un fait emprunté par Bouyer aux mémoires de l'Académie de chirurgie (T. I, p. 198).

OBSERVATION I.

« Un homme fit une chute de la hauteur
» d'environ quinze ou seize pieds et tomba
» sur la tête ; l'œil droit fut chassé hors de
» la cavité orbitaire et vint pendre sur la
» joue, le malade perdit connaissance après
» l'accident et tomba dans un coma profond. On constatait au niveau de l'os pariétal droit une forte contusion, mais pas de

» trace de fracture. L'œil *reprit de lui-même*
» *sa position peu de temps après l'accident*
» et en moins d'un mois le malade fut guéri
» rapidement, à l'aide d'une diète sévère et
» de saignées répétées. »

B. Exophthalmie traumatique double.

Nous ne voyons guère à citer que la bizarre observation de Richter, où un violent éternuement chassa les yeux hors de leur cavité. Il faut avouer que les yeux du sujet devaient être bien mal fixés. C'est l'opinion de Richter, et nous la partageons pleinement.

On peut en rapprocher les faits d'exophthalmie consécutive à la strangulation. Encore dans ce cas l'exophthalmie peut elle être unilatérale, quand le lien constricteur a été plus étroitement appliqué sur un des côtés du cou (Vibert).

*C. Exophthalmie brusque non
traumatique*

Peut-être le cas de Richter, que nous venons de citer, serait-il mieux placé dans cette catégorie. En effet, il se rapproche beaucoup d'une affection étrange dont on a récemment rapporté quelques exemples.

Dans cette affection, l'œil sort de l'orbite sous l'influence d'un mouvement d'incli-

naison de la tête. On peut la rapprocher des cas de Schmidt (1805) et du cas plus récent de Magnus (1884), dans lesquels on observait une exophthalmie intermittente avec varices orbitaires extérieures, de telle sorte qu'il devient possible de diviser en deux groupes, à l'exemple de Sergent (Gaz. des Hop. 1893), ces cas de protusion de l'œil selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas de tumeur extérieure.

1^{er} cas. — Il existe une tumeur variqueuse.

Cette tumeur siège le plus souvent au grand angle de l'œil, elle augmente de volume sous l'influence de l'inclinaison de la tête en avant et de l'effort, disparaît dans l'attitude du repos, est réductible en totalité et en grande partie par une pression légère (Yvert). Cette tumeur peut ne pas s'accompagner d'exophthalmie ; mais quand ce symptôme existe (dans les deux cas de Schmidt et de Magnus), l'exophthalmie est intermittente, et la propulsion du globe oculaire coïncide avec l'augmentation de la tumeur variqueuse.

2^e cas. — Il n'y a pas de tumeur variqueuse visible.

L'exophthalmie prend alors un caractère spécial. Elle est intermittente ; l'œil n'est

chassé de sa place que par les mouvements d'inclinaison de la tête ; le plus souvent il n'y a pas de douleur, mais simplement une sensation anormale de pesanteur et de gonflement dans l'orbite, et quelques troubles de la vue, le tout disparaît quand le sujet redresse la tête.

L'existence de cette variété clinique, bien étudiée récemment par Sergent, repose sur quatre observations certaines, dues à Sergent lui-même, à Mackensie, à Groning et à Vieusse. Nous croyons devoir les reproduire in extenso, à cause de l'intérêt tout spécial qu'elles offrent.

OBSERVATION II.

Observation d'exophthalmos intermittent ou exophthalmie à volonté, par M. Emile SERGENT. — (Gazette des hôpitaux. Mai 1893.)

I. *Antécédents.* — *Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler ; personne dans sa famille n'a présenté le même phénomène.

Antécédents personnels. D... n'a jamais eu aucune maladie dans son enfance.

En 1888, à quarante ans, il souffre d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu.

En 1892 (le 28 octobre dernier) il a une deuxième attaque de rhumatisme et entre dans le service de M. le docteur Gingeot.

Noter qu'il a été réformé en raison de sa petite taille.

II. *Etude clinique du phénomène.* —

A. *Interrogatoire.* — D... s'est aperçu pour la 1^{re} fois du phénomène que je vais étudier à l'âge de 7 ans, d'une façon toute fortuite. Etant occupé à cirer ses chaussures, la tête baissée, il se redressa brusquement pour embrasser une de ses tantes qui venait d'entrer dans la pièce où il se tenait. Celle-ci, ne pouvant réprimer l'étonnement que lui causait la figure étrange de l'enfant, s'écria : « Tu as donc reçu un coup sur l'œil ! », puis, presque aussitôt : « Tiens ! je ne vois plus rien ! » L'enfant s'étant baissé à nouveau elle vit se reproduire sous ses yeux le phénomène qui avait causé sa stupéfaction.

C'était l'exophthalmie à volonté reconnue pour la première fois chez D... Mais l'enfant ne sentait rien. Il dut, pour être convaincu, se regarder dans une glace après s'être baissé.

Depuis ce moment son attention se trouvant attirée de ce côté, il s'observa et remarqua que le phénomène se produisait fréquemment, qu'il lui suffisait de baisser la tête pour le provoquer. Aussi s'amusa-t-il souvent à étonner ses jeunes amis et plus tard ses camarades d'atelier, en répétant devant eux sa petite expérience.

Il a remarqué, en outre, que le phénomène se produit également lorsqu'il fait des efforts et notamment pendant la défécation. Il lui arrive souvent, lorsqu'il porte sur le dos un lourd fardeau, de ressentir dans le côté gauche du cou, de la face et du front, des tiraillements assez douloureux qui l'obligent à déposer sa charge. Il constate alors que l'œil gauche est en état de proci-dence.

Il est permis de supposer, bien qu'il n'ait jamais eu l'occasion de le remarquer, qu'il doit en être de même dans toutes les circonstances qui s'accompagnent d'un effort violent et prolongé.

D... ne ressent jamais de douleur dans l'orbite ni dans l'œil, pas même au moment où se produit l'exophthalmie. Cependant, si le phénomène est indolent, il n'en est pas moins perçu. D... n'a plus besoin de se regarder dans une glace pour savoir si son œil est saillant : il est averti par une sensa-

tion spéciale, bien connue de lui : *il sent son exophthalmie.*

B. *Examen.* — 1° A l'état normal. —
a. *Station verticale de la tête.* — Lorsque D... est tranquille, qu'il respire librement, qu'il a la tête droite, *l'œil gauche est notablement plus enfoncé dans l'orbite que le droit.* Il en résulte un certain degré d'asymétrie faciale qui peut passer inaperçue si on n'est pas prévenu, mais qui frappe lorsqu'on est averti. La pommette paraît plus saillante; le rebord orbitaire se dessine plus nettement; l'arcade orbitaire surtout forme une sorte de crête sur laquelle la peau se tend pour s'enfoncer dans l'orbite, entraînant avec elle le sourcil dont la queue est plus tombante qu'à droite; les culs-de-sac palpébraux sont plus creux; l'ouverture palpébrale est un peu moins grande. Il semble que l'œil ait tendance à fuir dans la profondeur de l'orbite, entraînant avec lui, par traction mécanique, les téguments du pourtour orbitaire.

Il n'existe sur le pourtour orbitaire aucune trace de tumeur Tarrigueuse ni autre. Les paupières présentent simplement sur leur convexité de très fines veinules violacées, plus apparentes que du côté droit.

La direction de l'axe antéro-postérieur

du globe oculaire est symétrique à celle de l'œil droit; il n'y a pas le plus léger degré de strabisme. Les mouvements du globe se font sans la moindre gêne dans tous les sens et synergiquement avec ceux de l'œil droit. *Les muscles moteurs de l'œil sont donc intacts dans leur fonctionnement.* Il en est de même de l'orbiculaire et du releveur de la paupière supérieure.

L'ouverture pupillaire est égale à celle de l'œil droit; l'accommodation à la lumière et à la distance est normale.

Tels sont les caractères que révèle l'inspection.

Si maintenant on exerce avec le doigt une pression légère sur le globe oculaire, on sent l'œil se dérober, fuir dans l'orbite, doucement, entraînant de plus en plus avec lui les téguments.

Par cette manœuvre, qui ne révèle aucune sensation de tumeur située derrière le globe, on peut s'assurer *qu'il existe une raréfaction sinon une disparition complète du tissu celluloadipeux de l'orbite et un relâchement des moyens de fixité de l'œil.* Cette manœuvre est indolente jusqu'au moment où le globe, ayant atteint sa limite de retrait, l'appareil ligamenteux, tendu à l'excès, résiste.

(b) *Décubitus dorsal.* — Pour provo-

quer le retrait de l'œil il n'est pas nécessaire d'avoir recours à la pression digitale, il suffit de faire coucher le malade sur le dos et de lui faire renverser la tête en arrière.

Tels sont les caractères que j'ai pu constater en dehors de l'état d'exophthalmie.

(2°) *Dans l'état d'exophthalmie.* — D... pouvant produire à volonté la procidence de l'œil gauche, j'ai pu étudier facilement les caractères de cette exophthalmie et rechercher les différentes conditions dans lesquelles elle se produit. J'ai choisi pour la description le cas de l'effort qui m'a permis de voir la saillie de l'œil se produire sous mes yeux progressivement.

(a). *Effort.* — Je suppose que D... est assis en face de moi et qu'il pousse comme pour aller à la selle. Après 4 ou 5 secondes d'effort, D... fait signe qu'il sent quelque chose, et au même instant la fente palpébrale s'entrouvre et le globe oculaire commence à glisser doucement, s'avancant par un mouvement continu et lent, sans la moindre saccade. Puis, à un moment donné, la paupière supérieure commence à son tour à descendre lentement, sans saccades, et finit par recouvrir presque complètement le globe, ne limitant plus avec l'inférieure qu'une fente presque linéaire, à travers

laquelle on aperçoit la pupille en bas et en dedans. Puis, D... ne pouvant retenir plus longtemps la respiration cesse de faire effort; alors peu à peu le globe se retire par le même mouvement lent, continu et sans saccades, et reprend sa place profonde dans l'orbite, en même temps que par un mouvement analogue la paupière supérieure se relève. Tout est rentré dans l'ordre.

Tel est le mécanisme de cette exophthalmie. Quand elle se manifeste, l'orbite suit des modifications profondes. L'excavation est remplacée par une saillie globuleuse qui débordé de plusieurs millimètres le rebord orbitaire; les culs-de-sac palpébraux d'abord creux se remplissent, se tendent, puis se gonflent et quand l'exophthalmie est à son maximum le sujet devient méconnaissable. L'œil, dans la marche en avant, a poussé devant lui les téguments de la base de l'orbite qui sont gonflés et congestionnés. Le sourcil, au lieu d'être tombant, se relève au contraire et s'éloigne de l'arcade orbitaire. Mais en aucun point des téguments il n'existe de tumeur variqueuse ni autre.

Il y a gonflement mais non tumeur. — Ce gonflement comprend tout un territoire dont les limites débordent la base de l'orbite

et qui se confond comme en dégradant avec les parties voisines. Il intéresse essentiellement les culs-de-sac palpébraux et surtout l'inférieur.

Si dans cet état d'exophthalmie on invite le sujet à relever la paupière supérieure il n'y parvient que très difficilement. Mais on peut la relever avec les doigts et si alors on le prie de regarder dans toutes les directions on constate que les *movements du globe sont un peu gênés*, moins étendus surtout les mouvements en dedans et en haut, mais encore possibles et toujours synorgiques avec ceux du côté droit. En somme, il y a impotence fonctionnelle purement mécanique, liée à la présence en arrière du globe d'une tuméfaction dont j'aurai à discuter la nature. Je ferai remarquer, d'ailleurs, que D... peut empêcher la ptose de se produire s'il a soin de maintenir la paupière énergiquement relevée dès le début de l'exophthalmie, et que la même intervention énergique peut empêcher la déviation du globe en bas et en dedans. Je reviendrai dans un instant sur l'examen détaillé de la fonction visuelle.

J'ai dit qu'avec la cessation de l'effort l'exophthalmie disparaissait graduellement. J'ai pu la faire cesser *instantanément par une pression légère* exercée sur le globe

avec les doigts. En pratiquant cette réduction, je n'ai rencontré aucune résistance, je n'ai provoqué aucune douleur ni aucun trouble cérébral.

J'ai répété la même *épreuve de l'effort le sujet étant couché sur le dos*, et j'ai vu l'exophthalmie se produire avec les mêmes caractères que précédemment, mais à un degré un peu moindre, ce que j'attribue au poids de l'œil sur la tuméfaction veineuse.

B. *Inclinaison de la tête en avant.* — J'ai constaté les mêmes phénomènes chaque fois que D... baissait la tête pendant quelques secondes. C'est dans cette circonstance que j'ai pu observer le plus haut degré d'exophthalmie ; il me semble que la raison en est dans ce fait qu'ici la pesanteur se joint à la stase veineuse et cela d'autant plus facilement que l'appareil ligamenteux de l'œil est relâché.

C. *Compression des jugulaires internes.* — Convaincu, en présence des faits précédents, que le centre de l'exophthalmie était de nature veineuse, j'eus l'idée, pour confirmer ma pensée, de comprimer les jugulaires.

Je comprimai d'abord la jugulaire gauche et je provoque la protrusion du globe.

Je comprimai ensuite les deux jugulaires en même temps et j'obtins plus rapidement l'exophthalmie.

Je comprimai la jugulaire droite, seule, et l'exophthalmie apparut.

Ja répétai les épreuves dans la position verticale et dans le décubitus dorsal les résultats furent identiques.

En résumé, j'ai varié l'épreuve en combinant la compression des deux jugulaires ou d'une seule, la droite ou la gauche, avec les différentes attitudes de la tête et je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° Que la compression porte sur les deux jugulaires ou sur une seule, la droite ou la gauche indifféremment, l'exophthalmie peut être obtenue au même degré ; la seule différence consiste dans la rapidité avec laquelle elle atteint son maximum ;

2° La plus grande rapidité est obtenue par la compression simultanée des deux jugulaires ;

3° La compression isolée de la jugulaire droite ou de la gauche produit l'exophthalmie dans le même temps, avec peut-être cependant une légère différence en faveur de la jugulaire gauche ;

4° *Autres caractères objectifs.* — (a). *La compression de la carotide primitive est*

sans influence; elle ne fait pas cesser l'exophtalmie.

(b). *L'influence des mouvements respiratoires* est négligeable, en dehors de l'expiration forcée qui constitue l'effort.

(c). Aussi inappréciables sont les effets des deux temps de la *révolution cardiaque*.

(d). Le globe oculaire n'est animé *d'aucun battement, d'aucune pulsation*; l'auscultation ne révèle *pas de souffle* dans l'orbite.

5° *Etat de la fonction visuelle*. — Pour cette partie de mon observation, j'ai tenu à prendre l'avis d'un spécialiste. M. le docteur Parinaud a bien voulu se charger de cet examen. Je lui suis reconnaissant de la bienveillance qu'il m'a témoignée et je ne puis mieux faire que de transcrire *in extenso* la note qu'il m'a remise.

Acuité visuelle. — Œil droit, emmétrope 5/5. — Œil gauche, le punctum proximum à l'état normal est à 22 centimètres; il s'éloigne sous l'influence de l'exophtalmie et la vision s'améliore immédiatement par l'application d'un verre convexe.

L'acuité visuelle est de 5/2.

Accommodation pupillaire. — Sous l'influence de l'exophtalmie, la pupille de

l'œil gauche paraît réagir d'une manière moins accusée à la lumière. Lorsque l'œil est revenu à son état normal, la réaction pupillaire est égale dans les deux yeux.

Il ne se produit *jamais et dans aucune direction de diplopie* sous l'influence de l'exophtalmie.

L'exophtalmie, à son maximum, rétrécit le champ visuel de 10 à 15 degrés du côté du temporal.

L'examen ophtalmoscopique ne montre *aucune altération de la papille*, aucune trace de congestion rétinienne, même pendant l'exophtalmie.

En outre, M. Parinaud confirme l'exactitude des caractères que j'ai décrits plus haut, et notamment l'intégrité des muscles moteurs de l'œil et du releveur de la paupière supérieure.

Il attribue également à une cause purement mécanique l'impotence fonctionnelle légère de ces muscles au moment de l'exophtalmie. Pour lui, la diminution de l'accommodation pupillaire tiendrait bien plus au tiraillement des nerfs ciliaires qu'au réflexe vasculaire. Enfin, il m'a conseillé d'insister sur le gonflement des culs-de-sac palpébraux, en raison du rapprochement qu'évoque le gonflement avec la maladie de Basedow, dans laquelle il précède

souvent de longtemps l'apparition de l'exophtalmie.

(6°) *Etat de la santé générale.*— La santé de D.,. peut être considérée comme parfaite. Le cœur est indemne malgré les deux attaques de rhumatisme.

En aucune région du corps il n'existe de varices.

OBSERVATION III.

Observation de Mackensie (Traité pratique des maladies de l'œil, 1856, t. I., obs. CCLXI).

Le malade, homme adulte, vient se faire soigner pour une ophthalmie catarrho-rhumatisme, affectant surtout l'œil droit. Quelques jours après son entrée, on découvre que, lorsqu'il se penche en avant, même pendant quelques secondes seulement, son œil droit commence à faire hernie; en même temps, le malade est averti par une sensation spéciale : il lui semble que quelque chose remplit son orbite et comprime son œil droit par en haut. Lorsqu'il relève la tête, l'œil fait une saillie remarquable et la vue est brouillée.

Puis l'œil se retire peu à peu et au bout de quelques instants il a repris sa place ordinaire. Le malade ressent dans l'orbite des douleurs intenses qui sont soulagées par la saignée et les purgatifs.

Le phénomène s'est montré pour la première fois, cinq ans auparavant, un jour où le malade portait un lourd fardeau.

L'auteur attribue la hernie de l'œil à un état variqueux des veines ophthalmiques.

OBSERVATION IV.

Observation de Gröning (New-York. Arch. d'oph. et d'otologie, 1873 ; reproduite la même année dans la *Revue des sciences médicales de Hayem*).

S. M... a quarante-cinq ans. Il y a cinq ans, ayant la tête baissée, il éprouve une sensation de pesanteur du côté de l'œil droit et a, en même temps, la notion vague que cet œil tend à tomber. Il s'assure avec la main que l'œil fait en effet une saillie énorme. Il se relève, se regarde dans une glace, ne voit rien d'anormal.

Dans la suite, le même phénomène se reproduit d'une façon constante pendant son travail.

Quant il se penche en avant l'exophthalmie se manifeste presque immédiatement et atteint son maximum quand il veut toucher la terre avec ses mains. Dans cet état d'exorbitisme, l'œil est beaucoup moins mobile; il ne peut guère se tourner qu'en dedans; toute tentative de mouvement est douloureuse.

Une pression lente et méthodique exercée sur le globe oculaire, quand le malade baisse la tête, le fait rentrer dans l'orbite, mais la procidence réapparaît dès que cette pression vient à cesser (si la tête reste baissée)

Nul bruit de souffle à l'auscultation, nulle diminution de la procidence par la compression des artères du cou.

Strabisme, myopie, daltonisme. S. = 2/7.

OBSERVATION V.

III. *Observation de Vieusse* (successivement communiquée en 1878 au Congrès de Paris, à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* et au *Recueil de mémoires de médecine et de pharmacie militaires*, sous le titre suivant, que je me borne à

transcrire ici: « Communication entre la cavité arachnoïdienne et la capsule de Tenon »). — Dès le lendemain de son arrivée au corps, B..., soldat au 34^e d'artillerie, se présente à la visite, affirmant que de son œil gauche la vue s'est considérablement affaiblie.

En examinant le malade avec attention, on est frappé de la différence d'aspect des deux yeux. L'œil droit a l'apparence normale. A gauche, le globe oculaire, *enfoncé dans l'orbite*, aux rebords très saillants, aux culs-de-sac conjonctivaux presque effacés, laisse voir de son côté, par son retrait en arrière, une conjonctive très pâle. Le doigt, appliqué sur le globe de l'œil, le fait fuir dans le fond de l'orbite, sans déterminer aucun phénomène de compression cérébrale.

Dans les deux yeux, les mouvements sont normaux et identiques; pas de déviation; jamais de diplopie.

« De cet examen, dit Vieusse, il résulte que, dans l'œil gauche, le tissu graisseux de l'orbite a été absorbé.

Autre fait : l'œil change de place, selon la position de la tête. Est-elle horizontale, l'œil s'enfonce dans l'orbite; penchée en avant, l'œil tend à faire hernie et la vue disparaît. B... baisse la tête, reste quelques

secondes dans cette position et la relève vivement ; l'œil est saillant ; les paupières boursouflées, la conjonctive congestionnée. Cet état disparaît vite et l'œil reprend son aspect primitif.

Pendant l'expérience, il nous a été impossible, en appliquant le doigt sur le globe de l'œil, de découvrir ni battements, ni pulsations. Plusieurs fois répétée, sans douleur ni fatigue, l'expérience a toujours donné les mêmes résultats.

De l'aveu du malade, rien du côté du cerveau. Un jour, il y a quatre ans environ, il éprouve une défaillance de quelques minutes ; quand il reprend connaissance, le mal est déclaré.

B... attribue l'accident à son état de charpentier qui l'oblige aux nombreux mouvements de tête que la profession exige.

L'ophtalmoscope a permis de rectifier certaines assertions du malade et de reconnaître que, dans la situation horizontale de la tête, la vue est normale à gauche. »

L'auteur attribue ces phénomènes à une communication accidentelle entre la cavité arachnoïdienne et la capsule de Tenon. C'est là une interprétation qui me paraît pour le moins fantaisiste et je n'hésite pas à ranger, avec les auteurs qui ont écrit sur la question, cette observation dans le groupe

des cas connus d'exophtalmos intermittent.

Une observation de Desmarres, citée par Bouyer, mais que nous n'avons pu nous procurer, établit l'existence d'une forme d'exophtalmie analogue à la précédente ; en ce sens que l'œil est chassé par intermittences hors de la cavité orbitaire, sous l'influence d'un effort. Mais cet effort est d'une nature spéciale ; c'est l'action de se moucher. Dans le cas de Desmarres, il suffisait d'une pression légère pour remettre l'œil en place. Desmarres a donné à cet accident le nom de pneumatocèle. Nous n'en connaissons pas d'autre exemple.

Exophtalmie brusque permanente. — Dans cette forme l'exorbitisme apparaît brusquement, mais une fois apparu il ne se modifie plus ou tout au moins ne disparaît que lentement. En tous cas, il n'offre pas ces alternatives de propulsion et de retrait qui caractérisent les variétés précédentes.

Comme dans le cas précédent, l'exophtalmie est traumatique ou spontanée. Dans les deux cas elle est réductible ou irréductible.

1° *Exophtalmie traumatique permanente réductible.* — Nous avons le souvenir

d'un cas de ce genre, mais dont nous ne possédons malheureusement pas l'observation. A la suite d'une violente contusion de la face, avec fracture des os nasaux et de l'os malaire droit, l'œil du même côté faisait une saillie très appréciable. Une pression modérée exercée sur l'œil permettait la réduction, mais l'exophthalmie se reproduisait immédiatement.

2° *Exophthalmie traumatique permanente irréductible.* — Deux conditions peuvent favoriser la production de cette variété: la présence d'un corps étranger; l'existence d'un épanchement sanguin.

Voici deux faits de cet ordre. Le premier est dû à Nélaton, le second à Redemans. Arlt et Bourdillat (cités par Bouyer) avaient publié des cas analogues. On se rappellera — le fait de Nélaton en donne d'ailleurs la preuve — que les commémoratifs peuvent faire défaut dans le cas de corps étranger.

OBSERVATION VII.

Corps étranger de l'orbite. — Difficultés de diagnostic. — Extraction. — Guérison. (Gazette des Hôpitaux, 1854. P. 454. In Th. de Bouyer.)

Un jeune homme, âgé de 26 ans, se pré-

sente dans le courant du mois de juin dernier, pour se faire traiter d'une fistule lacrymale, résultat d'une violence traumatique. Voici les détails fournis par le malade sur l'accident dont il a été victime.

Il y a 3 ans, à la suite d'une querelle, il reçoit au niveau du grand angle de l'œil gauche un coup de pomme de parapluie en ivoire. Aussitôt le malade perd connaissance pendant plusieurs heures ; puis, revenu à lui, il constate à l'œil gauche une plaie qui suit le contour du bord antérieur de l'entrée de l'orbite. Les premiers soins lui furent donnés au moment de l'accident à la clinique de M. Desmarres. Une inflammation très vive a succédé, et l'on a dû recourir à l'emploi d'un traitement antiphlogistique très énergique.

Au dire du malade, M. Desmarres avait de plus tenté deux opérations dans l'intention d'extraire un séquestre. Ces deux tentatives auraient été sans résultat ; dans la dernière, cependant, le chirurgien aurait enlevé quelques parcelles osseuses.

Etat actuel. — Les paupières sont largement ouvertes, il existe un léger exorbitis, l'axe de l'œil est dévié en dehors. Il y a strabisme externe, le sclérotique présente une teinte jaune légèrement ecchymotique ;

les milieux de l'œil paraissent transparents.

Au-dessous de l'angle interne de la paupière, il y a une dépression qui correspond à l'ancienne plaie. Cette dépression, qui simule parfaitement l'orifice externe d'une fistule lacrymale, a 1 centimètre de profondeur. Quant au sac lacrymal, il est parfaitement intact.

Il ne contient pas de mucosités purulentes. De plus, les larmes coulent dans les fosses nasales. Ce qui a pu tromper, c'est l'existence de larmes dans la rainure fistuleuse. Mais en ayant soin d'éponger cette rainure et en examinant longtemps, on voit que ce liquide vient de l'œil en suivant un petit sillon tracé sur la paupière inférieure, et qui est le résultat de la dépression des téguments au niveau de la fistule. Il y a donc là une fistule dans le voisinage du sac lacrymal, mais un peu plus en dehors.

Le cathétérisme du trajet est difficile. Le malade, qui en a l'habitude, conduit aisément le stylet et il est facile de sentir que l'extrémité de l'instrument vient toucher un corps très dur, lisse et immobile. La vision est à peu près abolie. Les mouvements de l'œil sont altérés. Ainsi l'œil qui est dévié en dehors ne peut être ramené en dedans : c'est à grand'peine que le malade

peut le mettre dans l'axe. Les mouvements en haut et en bas sont conservés. Il y a un certain degré d'épiphora.

Il est un autre symptôme important. Le malade qui souffre à peine pendant le jour, est pris tous les soirs de douleurs extrêmement vives, qui occupent tout un côté de la tête.

La fréquence des corps étrangers de l'orbite attirant tout spécialement l'attention, M. Nélaton a demandé plusieurs fois au malade si le parapluie n'avait pas été cassé, chaque fois la réponse a été négative.

Le 13 juin 1853, M. Nélaton pratique l'opération suivante : une incision courbe de 2 centimètres et demi, parallèle au bord inférieur de l'orbite, les deux lèvres sont écartées, le cathétérisme permet alors de constater un corps étranger qui peut être mobilisé. Aussitôt le chirurgien le saisit avec une pince à anneau, et, aux acclamations de l'amphithéâtre, il extrait une pomme de parapluie, sculptée, longue de 4 centimètres et demi, cylindrique, de 1 centimètre de diamètre.

Les suites de l'opération furent simples : il n'y a eu lieu à noter qu'une épistaxis de la narine droite. L'œil a repris sa place, les douleurs ont cessé, et le malade a pu quitter l'hôpital après quelques jours ; la fistule

était presque fermée et la vision sembla se rétablir.

OBSERVATION VIII

Exophthalmie produite par un épanchement sanguin, deux heures après la naissance, suite de l'application du forceps. — (Redemans ann. d'oculist. t. XVII, p. 89. BOUYER).

Une femme de 25 ans avait déjà eu cinq couches antérieures toutes terminées par les forceps, toutes ayant amené des enfants morts. Il y avait chez elle un rétrécissement notable du détroit antéro-postérieur.

M. Redemans, appelé pour un sixième accouchement, jugea que les premiers enfants avaient succombé parce qu'on les avait laissés trop longtemps au passage, et se proposa d'agir aussitôt que la dilatation du col le lui permettrait; il appliqua donc le forceps de bonne heure et eut la joie d'extraire un enfant vivant, bien constitué, et dans un état satisfaisant.

Mais deux heures après l'accouchement, on le rappela en toute hâte, l'œil droit de

l'enfant était sorti de l'orbite. Cet œil conservait les mouvements, les muscles étaient fortement tendus et les paupières paraissaient s'enfoncer dans la cavité orbitaire pour se prêter à la tension de la conjoncture, qui était largement mise à découvert et offrait des traces très prononcées d'infiltration sanguine. Il y avait également infiltration de l'œil et de la paupière du côté opposé, mais à un degré beaucoup moindre. M. Redemans attribue cette infiltration à un chevauchement très prononcé des os du crâne dans son passage à travers le détroit rétréci.

Cet enfant guérit.

3^e *Exophthalmie brusque et permanente, non traumatique, réductible.* — C'est en quelque sorte un chapitre d'attente. Théoriquement, on conçoit la possibilité d'un pareil accident : nous avons pu voir une petite fille de 5 ans qui, à la suite de quintes de coqueluche formidables, avait une exophthalmie double, coïncidant avec de l'emphysème de la face ; cette exophthalmie se réduisait assez facilement, mais la réduction ne pouvait être maintenue, et l'exophthalmie subissait à chaque quinte une augmentation notable, due probablement à l'influence simultanée de l'em-

physème et de la congestion passive de la tête pendant les quintes.

II. EXOPHTHALMIE PROGRESSIVE.

L'œil dans cette variété d'exophtalmie, ou les deux yeux font hors de l'orbite une saillie d'abord peu accentuée, qui devient progressivement plus grande. Deux catégories très tranchées peuvent être établies : Dans certains cas, l'exophtalmie subit des alternatives régulières d'augmentation et de diminution. Elle est pulsatile. Chez d'autres malades, la permanence est absolue.

Nous aurons donc à considérer successivement dans l'exophtalmie progressive une forme oscillante et une forme constante.

1° Forme oscillante. — La caractéristique de cette forme réside dans les alternatives de saillie et de rétraction du globe oculaire, coïncidant avec les pulsations artérielles. Parfois ces oscillations sont peu marquées : d'autres fois, au contraire, elles sont marquées au point de pouvoir être facilement appréciées à distance. Parfois il existe des sensations de pesanteur, des battements, des douleurs plus ou moins vives.

L'auscultation donne des résultats variables. L'examen ophtalmoscopique révèle des troubles de la circulation en retour (Perrin-Duplay). En somme le diagnostic, en pareil cas, doit hésiter entre quatre hypothèses : tumeur érectile, si tant est qu'elle existe. Cancer hématode, anévrysmes artériels, anévrysmes artério-veineux. On les reconnaîtra aux caractères suivants.

(*a.*) Début brusque des douleurs et des battements, saillie progressive de l'œil qui est rouge; dilatations variqueuses des veines temporales (Dalrymple) et conjonctivales; à la palpation, battements isochrones à ceux du pouls, à l'auscultation, bruit de susurrus continu, disparaissant par la compression de la carotide. Aucun signe de cachexie. Douleurs nulles, mais sensation de gêne.

Tel est l'ensemble symptomatique que ces *tumeurs érectiles* offrent à l'observation. Faut-il, à l'exemple de Bouyer, qui observe cette distinction, les diviser en artérielles et veineuses? Dans son traité des tumeurs de l'orbite, Dumarquay en arrive à nier leur existence; Follin et Duplay, M. Terrier ne se prononcent pas nettement. M. Terrier appelle du nom un peu vague — et justement excellent à cause de cela — de tumeurs anévrysmoïdes tous les faits

qui ne rentrent complètement dans aucune classe de tumeurs.

2° Un tableau à peu près analogue est offert par le cancer vasculaire. Mais ici la cachexie apparaît, les douleurs sont plus vives, le teint est jaune paille. Toutefois il ne faudrait pas trop s'en rapporter au schéma classique des lésions cancéreuses. On sait que les néoplasmes utérins peuvent évoluer sans que la cachexie, les douleurs vives, etc., se soient montrées à aucun moment. Il ne faudrait donc pas compter sur ces signes, ou plutôt le diagnostic de cancer ne doit pas être rejeté s'ils manquent. On tiendra grand compte des phénomènes accessoires; on recherchera avec soin l'état des ganglions, le ganglion préauriculaire, et même les ganglions à distance, dont l'engorgement peut avoir dans les cas douteux, une importance extrême pour le diagnostic. (Cf. Belin, *des adénopathies à distance dans le cancer viscéral*).

3° Une sensation d'éclatement intra-orbitaire, suivie de l'apparition d'une exophthalmie rapidement progressive; un frémissement à la palpation, véritable trillh isochrone au pouls; l'affaissement de la tumeur par la compression des carotides ou d'une seule de ces artères : tels

sont les signes auxquels on pourra reconnaître une tumeur anévrysmale de l'artère ophthalmique, lésion rare, bien démontrée par les faits de Guthrie, Carron du Villards, Giraudet, Nunneley; probable, mais non certaine dans les faits de Warren et de Passavant.

4° La notion d'un violent traumatisme antérieur, l'existence d'une paralysie du moteur commun, la présence à l'auscultation d'un souffle continu à renforcement systolique, et surtout l'existence de troubles trophiques, élévation de température, vascularisation anormale de l'œil, feront penser à *l'anévrysme artérioso-veineux*. Il faut être prévenu que la communication intervasculaire peut se faire au niveau de la selle turcique, et qu'alors l'exophtalmie sera double, et que des deux côtés les mêmes caractères se retrouveront. Il faut toujours penser à cette grave lésion à la suite des traumatismes de l'orbite; on connaît le fait célèbre de Nélaton, où l'anévrysme artério-veineux résultait d'un violent coup de parapluie : une hémorrhagie foudroyante emporta le malade au moment où l'on songeait à intervenir.

2° *Forme constante*. — L'exophtalmie dans cette forme est tantôt unilatérale, et tantôt elle existe des deux côtés; l'œil peut

être dévié ou déplacé directement en avant, mais les conditions dans lesquelles le déplacement s'est opéré ont une valeur de premier ordre.

Dans un premier groupe se rangent les faits à l'origine desquels on a noté de la fièvre, qui peut même persister au moment de l'examen.

Dans un second groupe les cas apyrétiques, subdivisibles eux-mêmes en plusieurs groupes.

A. Il y a de la fièvre au moment de l'examen.

La région orbitaire est le siège de battements, de douleurs vives, percorbitaires, frontales; le malade a reçu un coup sur l'œil ou a subi une opération; les symptômes généraux sont ceux des phlegmons : inappétence, constipation, frissons; c'est à *un phlegmon de l'orbite* que l'on pensera; le doute ne sera plus permis quand on verra paraître le bourrelet œdémateux, sous palpébral. Cependant, il est des cas où le début est différent; une méningite peut se compliquer de suppuration orbitaire; c'est du moins ce qui résulte de l'observation suivante.

OBSERVATION IX

Méningite aiguë; abcès consécutifs dans les deux orbites, les deux globes sont blessés en ouvrant les abcès; perte de la vue. — CARRON DU VILLARDS. — In. TH. DE BOUYER.

M. Renaut, docteur-médecin, demeurant à Malesherbes, près Fontainebleau, d'un tempérament sanguin, athlétique, dans la force de l'âge, fut atteint il y a quelques années, à la suite de fatigues prolongées, d'une méningite aiguë qui faillit l'enlever. Il ne dut sa conservation qu'à l'énergie du traitement que l'on opposa à cette maladie. Sur sa fin, il se manifesta dans l'orbite des accidents inflammatoires assez vifs et rapides, à la suite desquels il parut dans chaque œil un abcès intra-orbitaire, assez considérable. Ils étaient prêts à se faire jour lorsqu'un confrère voulant hâter la sortie du pus, plongeait imprudemment un bistouri dans chaque abcès, il évacua bien le pus, mais il blessa les globes oculaires, et il s'ensuivit une cécité incurable de laquelle nous parlerons plus tard.

(B) Il n'y a pas de fièvre au moment de l'examen, mais il y en a eu.

On trouve des douleurs violentes, des signes de cachexie : Peu à peu cependant le bourrelet sous-palpébral s'accuse, puis l'ouverture se fait et donne issue à du pus. On est en présence d'un *phlegmon chronique* dont le diagnostic est extrêmement difficile : on peut se rappeler l'erreur à laquelle donna lieu le cas du maréchal Radetzky. Malgré ce souvenir, peut-être l'erreur se renouvelera-t-elle encore ; peut-être pourrait-on aujourd'hui recourir à une ponction exploratrice, opération que l'autopsie a rendue inoffensive, et qui peut donner les plus précieux renseignements dans les cas de tumeurs liquides.

Voici d'ailleurs l'observation à laquelle nous venons de faire allusion, celle du Maréchal Radetsky. Nous l'empruntons à une leçon de notre maître, M. le Professeur Panas, publiée dans la *Semaine Médicale* (31 décembre 1882).

OBSERVATION X

Le Maréchal Radetski avait reçu, dans une bataille, un coup de sabre au voisinage de l'orbite. La blessure fut de peu de gravité et il n'y pensait même plus, lorsqu'à quelque temps de là, il s'aperçut que son œil sortait de l'orbite. Il consulta à ce propos

toutes les sommités médicales de Vienne, et toutes, à l'unanimité, se prononcèrent pour l'existence d'une tumeur de mauvaise nature, nécessitant l'énucléation et le raclage de l'orbite. Radetsky refusa, préférant, disait-il, mourir de sa belle mort. A quelque temps de là, son service l'appelant à Milan, qui faisait alors partie de l'empire d'Autriche, il consulta à nouveau toutes les sommités médicales de cette ville ; toutes furent d'accord pour conclure à l'énucléation. Nouveau refus du patient. Peu après, sans cause appréciable, la peau des paupières rougit en un point circonscrit, il s'y forma une petite tumeur molle, fluctuante, qui s'ouvrit, donnant lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de pùs, et le malade guérit.

(C) Il n'y a jamais eu de fièvre.

Pour se reconnaître dans les exophtalmies de ce groupe, le plus considérable et aussi le mieux connu, il faut prendre comme point de départ du diagnostic les phénomènes concomitants. On peut, en premier lieu, tenir compte de la réductibilité ou de l'irréductibilité de la tumeur ; ensuite, dans le cas de tumeur irréductible, se guider sur la sensation de résistance fluctuante, molle ou dure, que donne le refoulement du globe oculaire, mais surtout tâcher de re-

trouver le point de départ exact de la tumeur, soit dans l'orbite, soit dans les organes voisins.

A de très rares exceptions près, les exophthalmies de ce groupe ont leur point de départ dans une lésion de l'orbite. Il n'y a guère, en effet, parmi les tumeurs d'origine extra-orbitaire, que les fungus de la dure-mère qui puissent envoyer dans l'orbite des prolongements assez mous pour permettre le refoulement du globe. Encore ne l'admettons-nous que théoriquement, car nous n'en connaissons pas d'exemple. Les conditions dans lesquelles l'exorbitisme est apparu servaient de guide.

1^o Le malade est porteur d'une lésion cardiaque ou rénale ayant entraîné un œdème généralisé. Les teguments sont pâles, bouffis ; les yeux font une saillie variable, et on ne voit pas au pourtour de la cavité orbitaire de signes permettant de songer à des varices profondes. Celles-ci d'ailleurs donnent lieu, nous l'avons déjà vu, à des exophthalmies intermittentes, augmentant à l'occasion des efforts. La thèse de Demarquay renferme une intéressante observation de Richet, dont nous empruntons le résumé à Bouyer. Elle concerne une chlorotique (?).

OBSERVATION XI.

Exophthalmie des deux yeux, suffusion séreuse dans le tissu cellulaire de l'orbite survenue sous l'influence d'un état chloratique. — Observation de M. RICHET, (thèse de Demarquay) extrait :

M^{lle}... vint au mois de juillet 1891 me consulter pour une exophthalmie des deux yeux, plus prononcée cependant du côté gauche ; elle était âgée de 16 ans et voici ce qu'elle me rapporta sur le début de la maladie et de ses antécédents : elle était réglée très irrégulièrement, et dans l'intervalle il y avait des fleurs blanches. Depuis seize mois elle s'était aperçue que ses yeux devenaient plus gros, plus saillants et que les paupières semblaient repoussées en avant. Il n'y avait du reste pas de douleurs. Un médecin de la localité, appelé, prescrivit des remèdes sans valeur, des collyres astringents et quelques laxatifs légers. Les parents alarmés l'amènent à Paris et je la vois dans l'état suivant : les deux yeux sont repoussés en avant d'une manière très manifeste, les paupières sont écartées et la malade éprouve en les fermant une gêne qui

va croissant chaque jour, l'œil gauche devient plus saillant...

J'appris de la jeune fille qu'elle avait souvent les jambes enflées le soir, que l'exophthalmie était variable, ce qui me fit supposer une compression due à l'épanchement d'un liquide.

2° Le sujet atteint d'exophthalmie présente des accidents divers; en premier lieu son exophthalmie s'accompagne d'un tremblement spécial, à petites oscillations, siégeant dans les gros muscles (Marie) d'une accélération notable des battements du cœur, et enfin d'une tumeur thyroïdienne *généralement* molle. Cette exophthalmie augmente au moment des règles. L'attitude ne paraît pas avoir grande influence sur elle. Si l'on joint à ces caractères l'existence de troubles psychiques et vaso-moteurs, on aura le tableau de cette affection entrevue par Flajani, mieux décrite par Graves et Basedow, étudiée complètement par l'Ecole Française, qui porte le nom de *Goître exophthalmique*.

Si dans tous les cas, le tableau clinique se présentait avec tous ses traits, il faudrait être bien peu au courant de la littérature médicale et de la pathologie pour le méconnaître. Mais il n'en est pas ainsi. D'une part, en effet, il existe des cas frus-

tes ; d'autre part les symptômes capitaux de l'affection peuvent avoir subi une modification profonde ou, si l'on aime mieux, le syndrome nerveux de Basedow peut se greffer sur des états pathologiques différents.

Dans les cas frustes, on ne saurait apporter une trop grande attention. On devra prendre en considération le tremblement, l'hérédité nerveuse, la tachycardie, et surtout *le signe de Graëfe* qui, à lui seul, permettrait de rapporter l'exophtalmie à sa vraie cause. Quant au strabisme, on l'a rencontré trop souvent dans la maladie qui nous occupe pour le considérer comme un signe contraire au diagnostic.

Pour les autres cas, où le syndrome de Basedow se surajoute à des phénomènes étrangers à la symptomatologie normale de l'affection, il importe au plus haut point de ne pas s'y tromper, car les observations de M. Tillaux et de son élève Bénard démontrent la possibilité d'une guérison complète par l'intervention chirurgicale.

Ensuite, on peut voir ce même syndrome de Basedow dans une affection très commune, dont le domaine a peut-être été trop étendu : l'artério-sclérose. Le docteur Mendes Estrada, dans une thèse inspirée par M. Peter, cite un fait de goître exoph-

thalmique chez une femme atteinte d'artério-sclérose. Nous avouons ne pas partager son opinion, quand il attribue le développement de l'artério-sclérose chez sa malade à la préexistence des syndrômes de Basedow ; nous aimons mieux avouer franchement notre ignorance sur la nature des rapports qui relient les deux affections. Mais les faits qu'il cite sont intéressants, en ce qu'ils montrent la possibilité de rapprocher certains cas de goître exophthalmique de l'artério-sclérose vulgaire. Voici d'abord une observation que nous empruntons à Bénard ; sa thèse en renferme plusieurs très analogues.

OBSERVATION XII

Sarcôme du corps thyroïde ayant donné lieu à tous les symptômes du goître exophthalmique. — Ablation de la tumeur par M. Tillaux. — Guérison de tous les accidents. — (BÉNARD. Th. de Paris 1883.)

Cazabonne, âgé de 33 ans, concierge, entre le 9 mai 1881 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Tillaux, salle St Edmond, n° 44.

Dans l'histoire de ses antécédents de famille, ce malade présente quelques particularités intéressantes : sa mère, qui est morte à l'âge de 65 ans, avait un goître sans exophthalmie ; dans les derniers temps de sa vie, elle eut de l'œdème des membres inférieurs. Une sœur de sa mère, qui vit encore et qui a 55 ans, a également un goître volumineux depuis une quinzaine d'années. Elle est devenue complètement aveugle depuis cinq ans, et elle présente, paraît-il, un léger degré d'exophthalmie. Son père a 75 ans et se porte très bien. Il en est de même de ses quatre frères ou sœurs qui sont seulement, comme lui, d'un tempérament nerveux et irritable.

Quant à ses antécédents personnels, avant le début de l'affection actuelle, ils sont assez peu significatifs. Pendant son enfance, il habitait aux environs de Bagnères de Bigorre, son pays natal, où, dit-il, les goîtres sont communs.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, il semble avoir été sujet à diverses manifestations strumeuses : impétigo des lèvres et du cuir chevelu, blépharites, engorgements ganglionnaires du cou.

Il habite Paris depuis 14 ans et il y a joui d'une excellente santé jusqu'à ces dernières années.

Il y a quatre ans, les premières atteintes de la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital ont commencé à se manifester par des troubles de la vue. De temps en temps survienent, comme par accès, des phénomènes de congestion céphalique avec maux de tête et amblyopie. C'était celle-ci surtout qui éveillait son attention et l'inquiétait, car elle allait parfois jusqu'à l'amaurose. Ces accidents, toutefois, ne duraient pas très longtemps, quelques minutes au plus, puis tout rentrait dans l'ordre. Ils se reproduisaient à intervalles irréguliers, quelquefois à deux ou trois reprises dans la même journée, restant d'autre fois un ou plusieurs jours sans paraître. Le malade, qui était tailleur, attribua les troubles à la fatigue de la vue qu'exigeait son travail.

Aussi, craignant de les voir s'accroître de plus en plus, il changea de profession et prit une place de concierge. L'amélioration qu'il avait espérée se produisit. Les phénomènes dont il est question ne disparurent pas complètement, mais ils revinrent beaucoup moins fréquemment.

Parfois le malade avait des palpitations, surtout après avoir marché vite ou monté des escaliers; mais elles n'étaient pas assez fortes pour lui inspirer des craintes, d'au-

tant plus qu'il dit en avoir eu depuis son enfance.

Il y a un an, il a commencé à s'apercevoir de l'augmentation du volume de son cou.

Il s'adressa à divers médecins qui prescrivirent des préparations d'iode intus et extra. Il ne survint aucune amélioration, au contraire. Deux mois après, les yeux qui étaient naturellement un peu enfoncés dans l'orbite, comme on peut s'en rendre compte en voyant d'anciennes photographies, devinrent progressivement plus brillants. A mesure que l'exophtalmie s'accroissait, les palpitations jusqu'alors presque insignifiantes s'exagéraient aussi et causaient une véritable gêne. La respiration, également, devenait plus difficile. Quant aux troubles visuels qui avaient marqué le début, ils ne sont pas redevenus plus fréquents, ni plus prononcés.

Depuis dix mois, la triade symptomatique, goître, exophtalmie, palpitations, est allée sans cesse en augmentant, et depuis dix mois, il s'y est ajouté des accès de suffocation revenant le jour aussi bien que la nuit, plus souvent, peut-être, pendant le travail, mais assez souvent encore pendant la nuit pour empêcher le sommeil. Au moment de ces accès, il se produit une

transpiration abondante de la partie supérieur du tronc et de la tête.

Il y a deux mois, le malade s'est présenté pour la première fois à la consultation de l'hôpital Beaujon. Mais il ne voulut pas encore entrer dans le service, ayant l'espoir de se soustraire à une intervention chirurgicale dont M. Tillaux ne lui dissimulait pas la gravité.

Il prit alors de la digitale. Les palpitations diminuèrent un peu. Mais bientôt un nouveau symptôme, la raucité de la voix, vint s'ajouter à tous les autres, qui allaient toujours en augmentant.

Le malade reconnaissant alors l'impossibilité de guérir sans opération, se souvint de celle dont avait parlé M. Tillaux, et revint le 9 mai 1881 à l'hôpital Beaujon, réclamer un billet d'admission.

Le reste de l'observation est une longue description de chacun des phénomènes habituels du goître exophthalmique et de thyroïdectomie pratiquée par M. Tillaux.

Nous nous contenterons de mentionner :

1° Les résultats de l'examen histologique du goître, qui était constitué par un fibrosarcome du corps thyroïde.

2° Le résultat absolument favorable de l'opération qui, malgré un érysipèle intercurrent, fut suivie de la guérison complète

et en particulier de la disparition totale de l'exophthalmie.

OBSERVATION XIII

Exophthalmie avec palpitations et cachexie paludéenne, communiquée par le Dr SORBETS (d'Aire-sur-l'Adour).

C... Marie, 62 ans, ménagère, née à Renung. Les parents de cette femme sont morts très âgés, de maladies aiguës. Elle a quatre frères et une sœur qui sont bien portants.

Elle n'a jamais été mariée.

Cette femme est depuis sa plus tendre enfance sujette à des accès de fièvre paludéenne, elle n'a jamais eu ni rhumatisme, ni variole, ni érysipèle, aucune maladie enfin qui puisse produire d'endocardite, à moins que l'on invoque comme étiologie le poison paludéen. Malgré cela on constate une hypertrophie cardiaque considérable; la pointe du cœur bat à un centimètre en dehors de la ligne mamelonnaire, et dans le sixième espace intercostal.

De plus, lorsqu'on ausculte la malade, la tête est violemment soulevée par le choc

du cœur qui vient battre fortement contre les parois thoraciques; à la percussion on ne trouve pas à la partie antérieure de la poitrine, la matité que l'on se serait attendu tout d'abord à trouver, cela vient de ce que la languette pulmonaire précordiale est devenue emphysémateuse. En même temps on constate à l'auscultation un souffle assez rude à la pointe, et au premier temps, coïncidant avec de l'arythmie cardiaque. Il y a de forts battements au cou, qui paraissent se produire dans la carotide et non dans la jugulaire, car ces battements se rencontrent aussi à la crurale et à la poplitée. Le pouls est dépressible quoique bondissant, ce qui indique que ce n'est pas tant la lésion mitrale qui est en jeu que la dilatation artérielle.

En même temps on constate un exorbitisme très manifeste, les yeux sont difficilement recouverts par les paupières et la malade, quand elle veut dormir, dirige instinctivement sa pupille vers le haut, de façon à la mettre complètement à l'abri des excitations qui pourraient provoquer le réveil. Il y a un semi état de contraction de releveur de la paupière supérieure.

Il n'y a pas chez elle d'hypertrophie du corps thyroïde.

J'ai vainement institué un traitement

tonique, administré à forte dose le sulfate de quinine, rien n'y a fait, et la malade est toujours restée dans le même état ne pouvant se livrer à aucun travail fatigant.

OBSERVATION XIV

Exophthalmie cardiaque simple. Leucocythémie — Observation communiquée par M. HAMONIC, externe des hôpitaux.

La nommée Riche (Jeanne), âgée de 48 ans, entre salle Ste-Adélaïde au mois de février avec un faciès jaune paille, état gastrique accentué, vomissements et diarrhée. A plusieurs reprises elle a eu du melaena et dans ses selles et ses matières vomies. Elle se plaint d'une violente douleur à l'hypocondre gauche, et il est facile d'y constater une tumeur considérable, par la palpation. La malade offre un léger degré d'exophthalmie, qui a attiré son attention. Mais aucun autre symptôme n'est observé du côté des yeux.

Le diagnostic porté est : cancer de l'estomac probablement généralisé à la rate.

A l'autopsie on ne trouve pas trace de cancer. La tumeur était due uniquement à

la rate qui avait un volume considérable et qui était fortement indurée et sclérosée. L'examen du sang pratiqué alors seulement démontre une leucocythémie très abondante. (Environ 20 globules blancs au lieu d'un).

L'exophtalmie est alors à peine marquée, et aucune lésion cérébrale ou orbitaire ne peut l'expliquer.

Pendant la vie, la malade offrait un souffle intense au premier temps et à la pointe, souffle qui trouve suffisamment son explication dans une endocardite végétante avec productions polypiformes au niveau de la mitrale, et insuffisance consécutive des valves.

On peut rapprocher de ces faits ceux que rapporte Bouyer, sous le nom d'exophtalmie cardiaque. Quelque idée que l'on se fasse des relations du syndrome de Basedow sur les affections du cœur, on ne peut nier leur fréquente coïncidence. Les cardiaques peuvent d'ailleurs offrir une véritable exophtalmie d'origine purement mécanique, et due à la stase veineuse dans la cavité orbitaire. Cette exophtalmie est d'ordinaire peu accentuée, et les autres signes du goître exophtalmique font défaut.

3°. Le sujet n'a pas les signes de la maladie de Basedow; il a une paralysie oculaire se traduisant par de la protrusion du globe oculaire avec une déviation plus ou moins marquée. Ces paralysies oculaires peuvent, il est vrai, être symptomatiques de la présence d'une tumeur; mais en ce cas l'exophthalmie n'est pas réductible.

Nous ne nous arrêterons pas à ces exophthalmies paralytiques : on connaît les signes cliniques de la paralysie de l'oculomoteur commun, les plus fréquentes de toutes. Rappelons que le diagnostic est surtout ici un diagnostic séméiologique. La paralysie des moteurs de l'œil est en effet un syndrome commun à beaucoup d'états pathologiques différents : syphilis, tabes au début; tumeurs diverses des pédoncules : de plus, elle peut avoir son origine dans les centres cérébraux, ou dépend d'une paralysie bulbaire. Nous renvoyons aux traités spéciaux, et, en ce qui concerne la dernière de ces causes, à la thèse de doctorat de Blanc et à la revue publiée par M. Raymond, dans la Gazette des hôpitaux.

B. L'exophthalmie est irréductible. — Nous arrivons maintenant aux cas où l'exophthalmie, développée progressivement, est *irréductible*. Dans ce cas, l'œil

est chassé de l'orbite par un corps étranger, néoplasme, abcès, collection liquide ou tumeur solide. La difficulté consiste surtout à déterminer le point de départ de la lésion : est-il intra ou extra-orbitaire ?

C'est surtout aux commémoratifs qu'on s'adressera pour cela. Les épistaxis, l'enchifrènement seront en faveur d'un point de départ nasal : le gonflement de la face, la forme spéciale de l'exophthalmie dans laquelle l'œil semble soulevé et porté en avant, indiqueront plutôt un point de départ dans le sinus maxillaire ; la gêne de la respiration nasale, la déviation du voile du palais, feront songer à un polype nasopharyngien, les paralysies diverses, la céphalée, les vomissements, feront songer à une propagation d'une lésion méningée aux cavités orbitaires. Le tout, bien entendu, devant être appuyé sur la recherche des signes physiques propres à chacune de ces affections.

Voici, à titre de curiosité, une observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Landolt ; c'est un cas d'exophthalmie d'origine probablement nasale, mais dont la nature intime nous échappe absolument.

OBSERVATION XV

M^{lle} Cl..., 68 ans, se présente le 21 août 1892 à la clinique. Nous relevons dans ses antécédents une ablation de polype des fosses nasales. Rien d'autre. Canal oblitéré à gauche. Cette malade présente une exophtalmie marquée à gauche; l'excursion est limitée, surtout en dedans et en bas, plus libre en dehors et en haut. Hypérémie conjonctivale plus accusée en bas. L'exophtalmie n'est pas réductible.

On ne perçoit ni pulsations, ni hyperostose orbitaire, en explorant minutieusement les parois de l'orbite. A l'ophtalmoscope, les veines rétiniennees sont flexueuses : Diplopie.

Le 21 octobre, on constate une tumeur rétrobulbaire.

Le 25 octobre, le Dr Loevenberg diagnostique une tumeur résistante à la partie supérieure gauche des fosses nasales.

Le 28 octobre, la tumeur est encore augmentée.

$$O G H + 4 D V = \frac{2}{10}$$

$$O D H + 2.50 \cdot D V = \frac{9}{10} - 1$$

Progressivement, sans opération, et sans

autre traitement que des cataplasmes et des lotions chaudes, l'exophthalmie disparaît, la diplopie également : l'acuité visuelle se rétablit.

$$\begin{aligned} \text{O G H} + 3 \text{ D V} &= \frac{6}{10} \\ \text{O D} + 2.50 \text{ D V} &= \frac{9}{10} = 1 \end{aligned}$$

Pour les exophthalmies liées aux polyus naso-pharyngue, aux tumeurs du sinus maxillaires, nous nous contenterons de renvoyer aux divers mémoire, publiés sur cette question. En pareil cas, l'exophthalmie ne représente guère qu'un symptôme accessoire.

Lorsque l'examen a permis d'éliminer les lésions extra-orbitaires, on se trouve en présence de la masse considérable de tumeurs ayant leur point de départ dans l'orbite.

Ces tumeurs sont fluctuantes, molles ou dures.

A. *Tumeurs fluctuantes.*— L'œil peut être repoussé dans la cavité orbitaire, mais le doigt qui le repousse perçoit nettement une sensation de fluctuation ; on ne sent pas de battements, on n'entend pas de souffle. En pareil cas on est autorisé à recourir à la ponction exploratrice. Le liquide ramené peut être limpide ou purulent.

Si le liquide est limpide, on peut se trou-

ver en présence d'une tumeur parasitaire, ou d'une affection rare, l'hydropisie de la capsule de Ténon. Ce parasitisme orbitaire, que nous ne faisons que mentionner, nous réservant d'en faire ultérieurement une étude complète, est moins rare qu'on ne croit, et la bibliographie en est assez riche. Ici, non seulement la ponction est un élément de diagnostic, mais encore elle peut amener la guérison : une observation très-intéressante, publiée par M. le Dr Terson dans le *Midi médical*, en donne la preuve.

Voici d'ailleurs cette observation.

OBSERVATION XVI.

Kyste de l'orbite de nature très probablement hydatique avec exophthalmie. — Ponction aspiratrice. Guérison. Dr Terson. *Midi médical*. 2^e année n^o 4, 29 janvier 1893.

Le 10 octobre 1892, le jeune A. Jean, âgé de 13 ans, fut amené à ma consultation. Son visage présentait un aspect difforme par suite d'une tuméfaction assez considérable de la région orbitaire gauche avec forte déviation de l'œil en dehors et en bas.

Il n'y a eu comme antécédents éloignés,

que des convulsions dans la première enfance, qui se répétèrent pendant quelques jours et disparurent sans laisser de traces. Depuis ce temps, ce petit garçon, de constitution moyenne, a toujours été bien portant. Jamais on ne s'est aperçu qu'il y eût entre ses deux yeux la moindre différence. Il ne s'agit donc pas d'une vic congénital. Nous ne trouvons aucune trace de scrofule ni de syphilis héréditaire.

Comme antécédents récents, on ne nous signale aucun traumatisme. Une forte diarrhée survint, il y a environ quatre mois, dura une quinzaine de jours et laissa le malade très faible. Bientôt après, il éprouva dans la région orbitaire gauche une légère douleur et un affaiblissement notable de la vue du même côté. Il resta ainsi pendant six semaines à deux mois. Cependant l'apparition d'un certain degré d'exophthalmie sans déviation apparente, s'accompagnant de céphalalgie, éveille peu à peu l'attention des parents.

Le début de l'affection oculo-orbitaire datant de trois mois environ, quand, la déviation brusque de l'œil en dehors et en bas ayant augmenté les craintes, on s'est décidé à venir prendre mon avis.

..... Une tumeur intra-orbitaire était la cause de tous les accidents, et nous ac-

quérons la certitude qu'elle comprimait non seulement l'œil, mais aussi le nerf optique, car l'examen ophtalmoscopique permit d'observer l'image de la stase papillaire poussée au plus haut degré. Les bords de la papille étaient entièrement diffus; les veines très tortueuses avaient acquis un calibre double au moins de celui qu'elles ont à l'état normal. L'acuité visuelle était devenue presque nulle; pourtant on l'augmentait un peu, jusqu'à $\frac{1}{20}$ environ de la normale, en mettant au-devant de l'œil un verre biconvexe de 1.75 dioptrie, ce qui démontrait l'existence d'un certain degré d'hypermétropie naturelle ou plus probablement acquise et de cause mécanique, comme on l'a maintes fois observé, quand une tumeur aplatit l'œil d'arrière en avant, diminuant ainsi son axe antéro-postérieur. L'œil droit, emmétrope, présentait une acuité normale.

Quant à la nature de la tumeur que l'on aurait pu déduire de la consistance, j'avoue qu'il nous a été impossible de la déterminer d'une manière précise. Sa forme régulière, le fait qu'elle se laissait légèrement déprimer, donnaient à penser que son contenu pouvait être de faible consistance et même liquide; mais malgré des tentatives répétées plusieurs jours de suite, nous n'avons

pu percevoir *nettement* la fluctuation. On ne percevait non plus ni battements, ni souffle, ce qui éloignait l'idée d'une tumeur vasculaire.

Le développement de l'affection me remettant en mémoire le cas de sarcôme de l'orbite à marche rapide chez un jeune garçon presque du même âge que celui-ci, communiqué l'an dernier par M. le professeur Gayet (de Lyon) au congrès d'ophtalmologie de Paris, et l'abolition presque complète de la vision coïncidant avec une papillite des plus accentuées, faisait craindre d'avoir affaire à un néoplasme peu consistant, intéressant le nerf optique ou ses gaines.

L'absence de réaction générale et locale un peu vive ne permettait pas de penser à un abcès. Pour agir avec prudence et lever tous les doutes, je résolus de pratiquer une ponction exploratrice à l'aide d'une seringue semblable à celle de Pravaz, mais d'un plus grand modèle, et armé d'un canule creuse assez forte, se terminant en forme de sclérotome et munie d'un arrêt, à un centimètre à peine de son extrémité, je fis le 15 octobre, une ponction dans la direction du diamètre horizontal de l'œil et vers sa partie interne, au niveau du repli semi-lunaire. Puis j'exerçai avec la plus grande lenteur

une aspiration graduelle, qui remplit peu à peu le corps entier de la seringue d'un liquide absolument transparent et incolore « comme de l'eau de roche ». L'instrument retiré, il s'est encore échappé par la plaie de la ponction une assez grande quantité de liquide également transparent, dont la couleur est devenue, vers la fin, très légèrement citrine; en tout environ 20 grammes. A mesure que s'écoulait le liquide kystique l'œil reprenait graduellement sa position normale dans l'orbite. Après un lavage prolongé à l'eau distillée tiède, nous avons fait une insufflation d'iodoforme et appliqué un pansement occlusif.

Dès le lendemain, phénomène remarquable, l'acuité visuelle était remontée de $\frac{1}{20}$ $1/2$ de l'acuité normale; mais l'œil avait encore gardé la conformation hypermétropique accidentelle. L'examen à l'ophtalmoscope permettait de voir que la stase papillaire avait déjà un peu diminué; mais le halo œdémateux péri-papillaire existait encore.

Le 21 octobre, 6^e jour après la ponction, l'hypermétropie est devenue insignifiante et nous assistons à la *restitutio ad integrum*, on pourrait dire à la résurrection de la fonction visuelle : l'acuité visuelle = 1.

A aucun moment il n'y a eu depuis notre intervention la moindre réaction générale ni locale, et toute douleur orbitaire a cessé.

Aujourd'hui, plus de trois mois après l'opération, la guérison persiste et semble avoir pris un caractère définitif. Non seulement la vision est redevenue parfaite, mais toute hypermétropie factice a disparu. Il ne reste au fond de l'œil absolument aucune trace du gonflement œdémateux si accentué de l'extrémité oculaire du nerf optique, lésion qui se termine d'ordinaire par une atrophie complète des éléments nerveux et une cécité incurable. En enfonçant et en promenant le petit doigt derrière l'œil, le long de la paroi supérieure de l'orbite, on n'est arrêté, comme à l'ordinaire, que par le tendon réfléchi du muscle grand oblique.

Nulle part on n'a la sensation d'une tumeur, même du plus petit volume.

L'œil gauche participe à la convergence ; c'est à peine s'il reste une très faible insuffisance du muscle droit interne et un peu de diplopie dans la direction extrême du regard vers la droite, du côté où la tumeur avait acquis un plus grand développement et avait le plus diminué l'élasticité naturelle des tissus en les distendant. L'œil

gauche semble encore un peu plus saillant que son congénère ; mais cette proéminence, presque insignifiante d'ailleurs, a très manifestement diminué depuis que le malade nous a quitté, quinze jours après l'opération.

Si le liquide est grassex, opaque, mais non purulent, on peut se trouver en présence d'un kyste de nature mal déterminée. Le même auteur en rapporte un cas, observé sur une femme de 55 ans, portant à la partie supéro-interne de l'orbite gauche une énorme tumeur fluctuante, dont l'origine remontait à trois années et qui avait entièrement chassé l'œil de la position naturelle. La malade était obligée pour voir d'attirer fortement en bas la paupière supérieure, qui recouvrait maintenant en entier le globe oculaire. Vision conservée. La ponction de la poche avec l'aiguille de Dieulafoy donna issue à 100 gr. environ d'un liquide épais, crémeux, qui, examiné au microscope, fut trouvé très chargé de masses grasseuses sans globules de pus. Cette intervention amena une guérison complète qui persistait trois ans après.

Peut-être s'agissait-il d'un ancien abcès froid ? Ce liquide grassex rappelle singulièrement les empyèmes décrits par Sainton

et par M^{me} Perrée, qui paraissent n'être en dernière analyse que des épanchements d'origine tuberculeuse.

Si le liquide a l'aspect purulent et que rien dans l'histoire du malade ne permette de penser à un phlegmon de l'orbite, on songera à un abcès froid. En voici une belle observation, due à Bouyer.

OBSERVATION XVII.

Pleurésie purulente, carie de l'orbite, abcès périostique suivi de fistules, guérison.

— Observation communiquée par M. BURET, externe des hôpitaux (cité par Bouyer).

Banson (Joseph), 29 ans, cordonnier, né dans le Gers, célibataire, entré le 19 décembre 1873, salle St Augustin, lit 6, service de M. le Dr Duguet.

Ce malade, dont l'observation a été publiée il y a trois ans, a été soigné par M. Duguet à l'hôpital temporaire (actuellement Laennec) pour une pleurésie purulente à gauche pour laquelle il fut ponctionné trois fois, et chaque fois il enleva un litre de pus. Il eut en outre un pneumothorax du même côté et une hémoptysie assez abondante.

L'année dernière du pus s'étant reformé

dans sa plèvre, il revint trouver M. Duguet qui lui pratiqua une nouvelle ponction (1 litre) à la salle St Augustin. Puis il sortit dans des conditions assez satisfaisantes au point de vue de l'état général.

Le 19 décembre 1876, R. revient à la salle St-Augustin pour un abcès froid de l'orbite.

Il ne se plaint plus de son côté gauche. Son poumon droit fonctionne bien, heureusement car il fournit à peu près tout seul la quantité d'air nécessaire pour l'hématose. Le poumon gauche est retenu par des brides, un tiers seulement fonctionne tant bien que mal; de ce côté, on entend les battements du cœur sous la clavicule, et la respiration est presque nulle.

Mais l'évolution des tubercules est actuellement enrayée par le processus pathologique qui ressortit de la scrofule : la cachexie n'est donc pas imminente, les crudités restant à l'état de crudité,

A l'examen de l'œil malade, on constate une tuméfaction considérable des parties molles de l'orbite. L'exophthalmie est très prononcée; la tuméfaction dépasse le niveau des os du nez et des arcades sourcilières; les paupières sont œdématiées, d'un rouge violacé; légèrement entr'ouvertes, elles laissent apercevoir le globe oculaire

recouvert en partie par la conjonctive vivement injectée. La pupille est très dilatée, il n'existe aucune lésion de la cornée; le malade n'a eu, dans son enfance, ni kératite, ni blépharite. La vision est totalement abolie de ce côté, et il y a en outre de la photophobie; mais pas de diplopie pendant le développement de l'affection.

Cet abcès froid s'est développé lentement, progressivement, sans douleurs bien notables, et a fini par se faire jour au dehors par trois orifices, dont l'un dans l'angle interne de l'œil, les deux autres à la paupière supérieure; du pus s'écoule en outre par les paupières entr'ouvertes. — L'œil est déjeté en dehors.

Cette lésion a été, selon toute probabilité, engendrée, par une carie de la paroi orbitaire interne, ayant déterminé un abcès périostique, étendu bientôt à toute la masse cellulo-adipeuse en arrière du globe oculaire.

On applique des cataplasmes en permanence sur l'œil malade, et l'on soutient l'état général par un traitement tonique et antiscrofuleux.

Le 12 janvier, le malade a perdu, en se mouchant, une petite esquille osseuse, ce qui démontre l'origine de la lésion, mais le séquestre est trop petit pour qu'on puisse

déterminer sûrement à quel os il appartient.

Le 19, le malade présente un état général satisfaisant, mais l'abcès n'a pas grande tendance à la cicatrisation. Suppuration toujours abondante.

Le 30, le gonflement a beaucoup diminué ; il reste encore deux orifices fistuleux, un dans l'angle interne de l'œil, l'autre sur la paupière supérieure.

Le 5 février, le malade a rendu par le nez gros comme une noisette d'une matière grisâtre putrilagineuse, contenant une petite lamelle osseuse qui paraît provenir de l'ethmoïde.

Le 3 mars, le malade rend encore un petit fragment d'os, mais éliminé cette fois par l'une des fistules.

Le 24 avril, les bourgeons charnus qui entourent les orifices fistuleux ont été réprimés par des cautérisations au nitrate d'argent. La fistule qui existait vers la partie moyenne de la partie supérieure est définitivement obturée ; celle de l'angle interne de l'œil suppure encore, peut-être y a-t-il encore un petit séquestre à éliminer.

Le 7 mai, la fistule est presque complètement fermée : On supprime les cataplasmes, mais le malade conserve un bandeau

sur l'œil. L'exorbitisme a considérablement diminué.

Le 11 juin, il existe encore un tout petit point fistuleux, mais suppurant à peine.

Le 22 juillet, la dernière fistulette est complètement fermée.

Actuellement le malade peut être considéré comme guéri de son abcès périostique. Il reste à compter avec le sommet du poumon gauche, et avec la possibilité de manifestations scrofuleuses ultérieures.

Le gonflement inflammatoire a disparu, mais il reste de l'induration des tissus; l'exophthalmie est encore très notable. Le malade peut se servir de son œil gauche, bien que la vision ne soit pas absolument nette, mais c'est déjà un résultat.

Selon toutes vraisemblances, il gardera encore longtemps de l'exorbitisme, s'il n'en conserve pas toujours.

Si, toujours avec du liquide purulent, l'histoire du malade révèle une exophthalmie lente, au cours de laquelle se seront montrés des accidents inflammatoires, on pourra penser à une affection rare, niée même par beaucoup d'auteurs, et dont cependant quelques faits bien observés établissent la réalité; nous voulons parler de l'inflammation de la capsule de Ténon, vé-

ritable hygroma aigu retro-oculaire. Dans un fait très intéressant dû au Dr Sgrosso, de Naples, cette « tenonite » était consécutive à la présence de cysticerques et guérit rapidement par l'incision et l'évacuation du contenu.

Le sujet de l'observation de Sgrosso (Atti della R. acad. méd. chir. di Napoli. — Anno XLVI. N. S. n° IV), est une femme de 40 ans, sans autres accidents que des migraines. Elle se présente avec des douleurs temporales vives, de l'exophthalmie à gauche, des signes d'inflammation conjonctivale. On diagnostique une collection liquide de la capsule de Tenon. La réaction locale et générale se prononçant, et un abcès venant à proéminer, on l'incise, et on trouve dans le pus trois crochets. La guérison survint depuis cette intervention.

B. *Tumeurs molles*. — La tumeur ne donne ni la sensation de flot, ni la résistance invincible d'une masse solide. La sensation se rapproche cependant de la fluctuation; c'est « la fausse fluctuation » des chirurgiens, dont la différence avec la fluctuation vraie se sent mieux qu'elle ne se décrit. Un chirurgien expérimenté ne s'y trompera pas.

A ce groupe appartiennent les *lipômes*,

tumeur indolente, tellement molle parfois que la ponction est indispensable ; les autres sont des tumeurs malignes.

Si le sujet est jeune, si, avec une tumeur à marche assez rapide, la santé générale est néanmoins assez bonne, on pensera à un *sarcôme*.

Chez un adulte, plus ou moins cachectique, l'existence d'une tumeur à points alternativement durs et mous feront penser à un carcinôme. L'hypothèse deviendra une certitude, si l'on constate dans d'autres régions du corps des tumeurs mélaniques, ce que Cruveilhier considère comme très fréquents. Les bosselures, l'adhérence à la peau, les dilatations veineuses caractériseront la variété non mécanique : nous ne parlons pas, bien entendu, des phénomènes de compression, douleurs, etc., qui ne sont pas toujours aussi marqués dans le carcinôme de l'orbite qu'on serait tenté de le croire. Voici un fait intéressant à cet égard.

OBSERVATION XVIII

Giraldès, Ann. de la chir. f. et étr. T. III, p. 232
(*Th. de Bouyer*)

Un jardinier, âgé de 57 ans, d'une bonne constitution, porte à l'orbite du côté gauche une tumeur assez volumineuse. Il y a

sept ans, il perdit l'œil du même côté, à la suite d'une inflammation de cet organe.

Deux ans après, il reçut sur la paupière inférieure un coup. Il fut renversé par la violence du choc et obligé de garder le lit pendant deux jours. En 1839, picotements dans l'œil, apparition d'une tumeur qui augmente graduellement de volume sans que la douleur suive une marche croissante.

Quatre ans après, la tumeur avait acquis le volume d'une pomme ordinaire. Ce fut alors que le malade fut opéré. L'œil fut respecté et la tumeur enlevée. Quand on l'incisa pour l'examiner elle laissa échapper une matière noirâtre, épaisse comme de l'encre de chine, analogue au pigment de la choroïde. Le malade était guéri au bout de quinze jours; mais l'affection récidiva et le malade mourut deux ans après.

C. *Tumeurs dures.* — L'exophthalmie est ici franchement irréductible; l'exploration minutieuse de l'orbite, paroi par paroi, et celle des cavités voisines, sinus, fosses nasales, etc., est indispensable. Quant elle a donné la conviction qu'on est en présence d'une tumeur dure née dans l'orbite, on n'a plus à hésiter qu'entre les tumeurs nées aux dépens des parois et

celles qui ont pu se développer aux dépens du contenu de la cavité.

Les premières sont des tumeurs osseuses ou périostiques.

Les secondes peuvent provenir : 1° du tissu cellulaire de l'orbite ; 2° du nerf optique lui-même ; 3° de la glande lacrymale.

Chez un syphilitique, l'existence d'une tumeur dure de la cavité orbitaire devra faire immédiatement penser à une exostose. S'il existe des exostoses ailleurs, le diagnostic sera beaucoup facilité. Nous en avons vu un cas dont l'observation nous manque : Demarquay en rapporte une dans sa thèse. Malheureusement la syphilis n'est pas toujours en cause ; il semble bien y avoir des exostoses multiples qui se développent en dehors de la syphilis. Le traumatisme peut jouer chez certains sujets le rôle de cause provocatrice : on sait que l'opinion des chirurgiens n'est pas faite sur la nature des exostoses et sur la possibilité de leur origine inflammatoire ; de plus, bon nombre des cas considérés comme des exemples d'exostoses spontanées sont sujets à révision ; ils ont en effet été publiés avant les travaux de M. le professeur Fournier sur les syphilis héréditaires tardives. Dans tous les cas, nous pensons avec la majorité des auteurs, que le traite-

ment antisypilitique doit être toujours institué; il peut servir à la fois au diagnostic et à la guérison.

En dehors de la syphilis et du traumatisme, il n'y a guère lieu de se préoccuper des exostoses : la tumeur que l'on trouvera aura donc probablement son origine dans la cavité elle-même. Nous disons « probablement », car la syphilis peut être ignorée ou méconnue : on se rappellera qu'une tumeur à marche lente, développée sans cachexie, et de consistance partout également dure, est à peu près sûrement une exostose.

D'une façon générale une exophtalmie directe peut être attribuée à une tumeur née du tissu cellulaire intra-orbitaire; la déviation de l'œil en bas et en dedans appartient plutôt aux tumeurs de la glande lacrymale; quant aux tumeurs du nerf optique, elle peuvent chasser l'œil dans tous les sens, mais l'examen ophtalmoscopique, en révélant la neuro-rétinite par étranglement, permettra souvent d'apprécier leur existence.

Une tumeur profonde, modérément dure, sans cachexie, sans ganglions, sans réaction locale, appartient vraisemblablement au groupe des fibrômes.

Une tumeur adhérente à l'angle supéro-

externe de la cavité orbitaire, s'accompagnant de troubles dans la sécrétion des larmes, empêchant l'excursion oculaire en haut et en dehors, amenant des douleurs dans la région temporale, de l'embarras de la circulation veineuse dans la partie supérieure et externe de la face, est une tumeur de la glande lacrymale ; s'il existe des signes de cachexie, des bosselures, etc. ; si ce développement est rapide, on aura affaire à un carcinôme ou à un sarcôme : exceptionnellement, on se trouvera en présence d'une tumeur à la fois dure et élastique, gênant surtout par son volume, à accroissement modérément lent ; à l'enchondrome, tumeur rare.

S'il n'y a ni cachexie, ni douleurs violentes, la ponction exploratrice permettra de déterminer s'il s'agit d'une tumeur liquide, et en particulier si l'on se trouve en présence d'un kyste. Il faut en effet se rappeler que certaines collections liquides bridées par les parois résistantes peuvent ne pas donner la sensation de fluctuation et être, par suite, confondues avec des tumeurs solides dont elles prennent les caractères.

La présence d'une tumeur profondément située, avec signes de neuro-rétinite constatée à l'ophtalmoscope, fera songer à une tumeur du nerf optique.

Voici une observatioa de cette nature que nous avons pris à la clinique de Despagnet.

OBSERVATION XIX

Observation personnelle prise à la clinique de M. le D^r DESPAGNET.

M^{me} V..., 52 ans, ouvrière.

Il y a 6 ans, la malade constate un affaiblissement considérable de la vision, du côté droit. Avant cette époque elle avait eu des douleurs fréquentes, quelquefois très violentes, survenant à des intervalles irréguliers et siégeant sur le vertex et la tempe droite.

Il y a 4 ans, elle constate une exophthalmie légère de l'œil droit. Depuis leur apparition les douleurs ont persisté mais elles sont devenues (depuis 3 ans surtout) moins fréquentes et moins violentes.

L'amblyopie a augmenté constamment, il en est de même de l'exophthalmie qui s'est accrue lentement.

A plusieurs reprises conjonctivites simples? puis conjonctivite granuleuse traitée et améliorée considérablement.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de

sypilis. Absence de ganglions. Elle a eu des plaques de proriasis sur la région thoracique antérieure à l'âge de 2 ans.

Etat actuel: 12 août 1891. Forte exophthalmie avec excursion limitée dans sa partie interne et aussi dans sa partie supérieure. A l'exploration de la cavité orbitaire l'index porté autant que possible en arrière du globe oculaire, a la perception bien nette d'une tumeur dans la partie supéro-externe. En ce point surtout existe de la douleur à la palpation (douleur peu forte). Elle existe aussi quand on palpe les autres points de la cavité orbitaire, mais elle est moindre, et nulle part en dehors du point précité on ne rencontre de tumeur.

Pas d'inflammation, pas de battements ni de bruit de souffle.

Acuité O. G. V = I.

O. D. Perception lumineuse conservée dans la partie interne seulement et très affaiblie. Impossibilité de compter les doigts.

à l'Ophthalmoscope. { O. G. Rien.
O. D. Papille blanche
limites nettes,

par de diminution marquée des artères.
Asthénopie réflexe légère (dents cariées ?)

La vue de l'œil gauche se trouble lorsque la malade fixe pendant un certain temps.

L'énucléation est pratiquée ; on se trouve en présence d'une tumeur du nerf qui se laisse énucléer avec facilité. Guérison.

On remarquera que dans cette observation, l'examen ophtalmoscopique n'a révélé que la blancheur de la papille, mais pas de signes nets de névrite.

Nous ne nous arrêterons pas au diagnostic de tumeurs extrêmement rares, tels que les kystes dentaires, les kystes pileux, les diverses variétés de tumeurs malignes : ces tumeurs rentrent toutes dans une des catégories dont nous venons de passer en revue les types les plus nets. Nous avons avant tout désiré que notre travail fut pratique : encombré de trop de détails, il cesserait de l'être, et nous serions entraîné sans utilité à décrire toute la pathologie de l'orbite.

CONCLUSIONS

- I. Pour établir la valeur séméiologique de l'exophthalmie, les caractères tirés des phénomènes accessoires, déviation oculaire, dureté ou mollesse des tumeurs orbitaires, ne doivent pas être négligés, mais ils ne peuvent à eux seuls donner la certitude.
 - II. C'est dans l'évolution et le mode d'apparition de l'exophthalmie que doit être cherchée la base de l'appréciation clinique.
 - III. Dans les cas douteux, il est certainement légitime de recourir à la ponction exploratrice, qui, pratiquée aseptiquement, peut être à la fois un moyen de diagnostic et un procédé de guérison.
-

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

Vu :

Le Président de thèse,

PANAS.

